

小儿推拿联合紫草油治疗小儿特应性皮炎临床研究

陈熯妮¹, 江秀梅¹, 平瑞月¹, 张瑜¹, 梁鹤谊¹, 刘茹芳¹, 刘爱华¹, 包紫燕²,
王彩仁¹, 李红毅¹, 欧爱华¹, 龚俊瑞³, 王北明³, 廖志刚³

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120
2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208
3. 广东省外用工程技术研究开发中心, 广东 佛山 523800

[摘要] 目的: 观察小儿推拿结合紫草油治疗小儿特应性皮炎(AD)的临床疗效。方法: 选取2023年4月—2025年1月广东省中医院皮肤科门诊及住院部收治的60例AD患者, 按随机数字表法分为对照组和治疗组各30例。治疗组给予小儿推拿联合紫草油治疗, 对照组给予小儿推拿联合基质油治疗。隔天1次, 每周3次, 1周为1个疗程, 连续治疗4个疗程。分别于治疗前(第1时点)及治疗1、2、3、4周(分别对应第2、3、4、5时点)比较2组特应性皮炎评分(SCORAD)、湿疹面积和严重程度指数(EASI)评分、湿疹自我检查评分量表(POEM)评分。结果: 治疗后第2、3、4、5时点, 治疗组SCORAD、EASI、POEM评分均较第1时点降低($P<0.05$); 对照组治疗后各时点与第1时点比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 2组各时点SCORAD、EASI、POEM评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论: 小儿推拿联合紫草油可有效缓解AD患儿的急性炎症症状, 其疗效特征呈现“快速起效-阶段维持-逐渐衰减”的变化趋势。

[关键词] 特应性皮炎; 小儿推拿; 紫草油; 特应性皮炎评分; 湿疹面积和严重程度指数

[中图分类号] R758.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 24-0117-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.24.020

Clinical Study on Infantile Tuina Combined with Zicao Oil for Infantile Atopic Dermatitis

CHEN Manni¹, JIANG Xiumei¹, PING Ruiyue¹, ZHANG Yu¹, LIANG Heyi¹, LIU Rufang¹,
LIU Aihua¹, BAO Ziyan², WANG Cairen¹, LI Hongyi¹, OU Aihua¹, GONG Junrui³,
WANG Beiming³, LIAO Zhigang³

1. Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410208, China; 3. Guangdong External Medicine Engineering Research and Development Center, Foshan Guangdong 523800, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of the combination use of infantile tuina and Zicao Oil on infantile atopic dermatitis (AD). **Methods:** A total of 60 AD patients who were treated and hospitalized in the Department of Dermatology, Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine from April 2023 to January 2025 were selected and divided into the control group and the treatment group according to the random number table method, with 30 cases in each group. The treatment group was treated with infantile tuina combined with Zicao Oil, and the control group was treated with infantile tuina combined with base oil. Once every other day, three times a week, one week as a course of treatment, the two groups were treated for four courses. The scores of Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), Eczema Area and Severity Index (EASI), and Patient-Oriented Eczema Measure (POEM) were compared between the

[收稿日期] 2025-05-08
[修回日期] 2025-08-22
[作者简介] 陈熯妮(1981-), 女, 副主任护师, E-mail: MN810626@163.com。
[通信作者] 李红毅(1966-), 女, 主任医师, E-mail: lihongyich@126.com。

two groups before treatment (at the first time point) and after one, two, three, and four weeks of treatment (corresponding to the second, third, fourth and fifth time points, respectively). **Results:** At the second, third, fourth and fifth time points, the SCORAD, EASI, and POEM scores in the treatment group were lower compared to the first time point ($P < 0.05$); there was no significant difference in the SCORAD, EASI, and POEM scores in the control group at each time point after treatment compared to the first time point ($P > 0.05$); there was no significant difference being found in the comparison of SCORAD, EASI, and POEM scores between the two groups at each time point ($P > 0.05$). **Conclusion:** The combination use of infantile tuina and Zicao Oil can effectively alleviate the acute inflammatory symptoms of children with AD, and its efficacy features a trend of “rapid onset–stage maintenance–gradual attenuation”.

Keywords: Atopic dermatitis; Infantile tuina; Zicao Oil; SCORAD score; EASI

特应性皮炎(AD)是一种具有遗传倾向的慢性、复发性、炎症性皮肤病,其临床表现以面部、眼睑及四肢屈侧等部位反复出现湿疹样、苔藓化皮损及皮肤干燥、剧烈瘙痒为主^[1]。AD好发于婴儿期和青少年时期,其发病原因尚不完全清楚,可能与环境、免疫、遗传等多因素有关,而皮肤屏障功能损害被认为是AD发病的核心机制^[2]。目前,现代医学治疗AD主要应用糖皮质激素和钙调磷酸酶抑制剂,然而,这些药物长期使用可能引发不良反应,且钙调磷酸酶抑制剂价格昂贵,限制了其在临床的广泛应用^[3]。中医学认为,AD由内外合邪而发病,内因脾虚胃热,脾肺气虚,或心火亢盛;外因感受风、湿、热诸邪,相搏于皮肤,日久化热,湿热郁于肌肤腠理而发病;治疗宜调和脾胃、清热化湿、清心泻火^[4]。小儿推拿通过手法刺激脾经、胃经、大肠经等体表穴位及特定部位,可激发和增强小儿经络传感性,具有疏通经络、调和脾胃、清热化湿之效。紫草油主要由紫草提取,具有清热解毒功效,同时油剂本身可作为推拿介质,兼具润滑效果^[5]。本研究观察小儿推拿联合紫草油外用治疗小儿AD发作期的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《临床皮肤病学》^[6]有关AD的诊断标准。表现为急性湿疹样皮损,伴有红斑、糜烂和渗出,可伴或不伴皮肤肿胀或水肿。

1.2 纳入标准 符合AD诊断标准;年龄0~6岁;患儿父母或监护人签署知情同意书。

1.3 排除标准 近2周内曾内服糖皮质激素、免疫

抑制剂、抗生素,或外用抗生素、糖皮质激素、钙调磷酸酶抑制剂者;已知对治疗药物过敏者;合并严重肝、肾疾病及其他严重内科疾病者,或者患有精神疾病、恶性肿瘤者;合并有需要治疗的其他皮肤疾病;推拿部位皮肤发生烧伤、烫伤、擦伤、裂伤、出血或内出血及生有疮疖者;患有某些急性感染性疾病,如蜂窝织炎、骨结核、骨髓炎、丹毒者;患有某些急性传染病,如猩红热、水痘等;伴有骨折、脱位、局部明显水肿者;患有血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病等容易导致出血的疾病。

1.4 剔除标准 依从性差,未按规定用药或试验过程中擅自外用可能影响疗效的其他药物者;资料不全,无法判断疗效或安全性者。

1.5 脱落标准 自行退出试验;失访者。

1.6 终止标准 研究者从医学角度认为受试者有必要终止试验。

1.7 一般资料 选取2023年4月—2025年1月广东省中医院皮肤科门诊及住院部收治的60例AD患儿,按随机数字表法随机分为治疗组与对照组各30例。治疗组男13例,女17例;平均年龄(2.61 ± 1.82)岁;类别:婴儿8例,婴幼儿1例,幼儿21例;母乳喂养:未知5例,有25例;家人过敏性病史:未填2例,未知5例,无5例,有18例。对照组男14例,女16例;平均年龄(3.08 ± 1.82)岁;类别:婴儿6例,婴幼儿1例,幼儿23例;母乳喂养:未知4例,有26例;家人过敏性病史:未填1例,未知2例,无3例,有24例。2组患儿一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已获得广东省中医院伦

理委员会批准(BF2022-282-01)。

2 治疗方法

2组患儿均使用儿童保湿精华霜(由广东华润顺峰药业有限公司提供)作基础护理,在沐浴后立即使用,每天至少2次,每周用量为100~200 g。

2.1 治疗组 给予小儿推拿配紫草油治疗。主穴:分手阴阳100次,顺运内八卦300次,清肺经150次,清肝经150次,补脾经300次,清补大肠经150次,揉二马200次,揉板门200次,清天河水100~200次,揉中脘2 min。随症配穴:疹红、渗液明显者,加强清天河水;皮肤干燥者,揉涌泉200次,揉三阴交100次;瘙痒明者,揉曲池200次,揉风池200次,揉三阴交200次;夜眠差、烦躁不宁、夜啼者,捣小天心100~200次;腹泻者,摩腹200次,推上七节骨150次,揉龟尾1 min;便秘者,揉龟尾1 min、揉膊阳池5 min;遗尿者,揉肾纹(夜尿点)1 min,按揉肾俞200次,同时按揉人中、丹田各300次。紫草油(由广东华润顺峰药业有限公司提供)作为推拿介质,每次挤一泵,在推拿的相应部位涂抹。小于1岁患儿每次推拿15~25 min,1岁及以上患儿每次推拿20~30 min。隔天治疗1次,每周3次,1周为1个疗程,连续治疗4个疗程。

2.2 对照组 给予小儿推拿配基质油(广东华润顺峰药业有限公司提供)治疗,用法用量同紫草油。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 分别在治疗前(第1时点)及治疗1、2、3、4周(分别对应第2、3、4、5时点)进行观察统计各项观察指标。①特应性皮炎评分(SCORAD)。SCORAD=A/5+7B/2+C,最高分为103分。A:皮肤病

变范围的面积评分;B:皮损严重评分;C:瘙痒和睡眠程度评分。②湿疹面积和严重程度指数(EASI),评估湿疹皮损的面积及严重程度。③湿疹自我检查评分(POEM)评估症状严重程度。如皮损完全消退亦可提前终止观察,每个观察时点嘱患儿家属将剩余药物带回,登记剩余数量。

3.2 统计学方法 所有数据资料均录入Excel进行数据管理,转化生成SPSS18.0统计软件包数据库并进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)、中位数和四分位数[M(P₂₅, P₇₅)]进行统计描述;计数资料用百分比(%)进行统计描述。计量资料先进行正态性检验,符合正态分布方差齐性采用两独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,不符合正态分布或方差不齐则采用秩和检验(Mann-Whitney U),组内前后比较采用配对符号秩和检验(Wilcoxon);计量资料多个观察时点组间比较,采用重复测量方差分析,如不满足协方差矩阵和球形检验($P < 0.05$),则选择校正模型 Greenhouse-Geisser(G-G);计数资料采用 χ^2 检验或确切概率法;缺失数据的处理采用接转法处理。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后 SCORAD 评分比较 见表1。治疗后(第2、3、4、5时点),治疗组 SCORAD 评分均较第1时点均有降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),而对照组治疗后各时点 SCORAD 评分与第1时点比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);而2组治疗后各时点 SCORAD 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 2组治疗前后 SCORAD 评分比较[($\bar{x} \pm s$)或 M(P₂₅, P₇₅)]

分

组别	例数	第1时点	第2时点	第3时点	第4时点	第5时点
治疗组	30	35.62 ± 15.15	31.09 ± 13.04 ^①	29.44 ± 14.62 ^①	26.69(17.46, 36.45) ^①	26.19(17.88, 32.74) ^①
对照组	30	31.76 ± 12.38	33.10 ± 14.74	30.46 ± 15.61	33.11(16.51, 48.97)	34.07(15.97, 45.27)
t/Z 值		-1.080	-0.560	-0.259	-0.724	-0.532
P 值		0.285	0.578	0.796	0.469*	0.595*

注:①与第1时点比较, $P < 0.05$; *非正态分布,组间比较采用秩和检验。

4.2 2组各观察时点 SCORAD 评分趋势比较 见表2、表3及图1。2组各观察时点的 SCORAD 评分采用重复测量方差分析,球形检验差异有统计学意义($P < 0.05$),选 G-G 校正模型。结果显示,模型差

异有统计学意义($F_{\text{时间}} = 3.650$, $P = 0.014$),无交互效应($F_{\text{时间} \times \text{组别}} = 2.512$, $P = 0.061$);治疗组 SCORAD 评分随时间下降,第4、5时点渐平稳,但组间差异无统计学意义($F_{\text{组别}} = 0.108$, $P = 0.743$)。

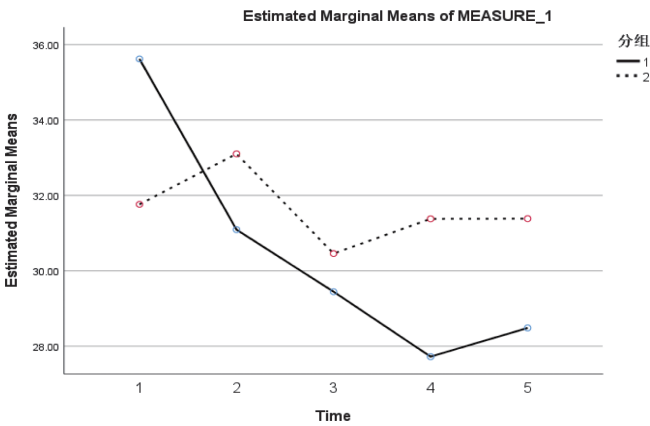
表2 SCORAD评分组内效应检验

来源		Ⅲ型平方和	均方	F值	P值
factor1	球形假设满足时	766.298	191.575	3.650	0.007
	Greenhouse-Geisser 校正	766.298	259.245	3.650	0.014
	Huynh-Feldt 校正	766.298	240.545	3.650	0.012
	下限法校正	766.298	766.298	3.650	0.061
factor1×组别	球形假设满足时	527.447	131.862	2.512	0.043
	Greenhouse-Geisser 校正	527.447	178.440	2.512	0.061
	Huynh-Feldt 校正	527.447	165.568	2.512	0.056
	下限法校正	527.447	527.447	2.512	0.118
Error(factor1)	球形假设满足时	12 176.871	52.487	-	-
	Greenhouse-Geisser 校正	12 176.871	71.027	-	-
	Huynh-Feldt 校正	12 176.871	65.903	-	-
	下限法校正	12 176.871	209.946	-	-

注：factor1 为时间因素；Error 为误差。

表3 SCORAD评分组间效应检验

来源	Ⅲ型平方和	自由度	均方	F值	P值
截距	57 822.327	1	57 822.327	318.774	<0.001
分组	19.642	1	19.642	0.108	0.743
误差	10 520.594	58	181.390	-	-



注：1 为治疗组；2 为对照组。

图1 2组各观察时点 SCORAD 评分趋势图

4.3 2组治疗前后 EASI 评分比较 见表4。治疗后(第2、3、4、5时点)，治疗组 EASI 评分均较第1时点均有降低，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；对照组治疗后各时点与第1时点比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；2组治疗后各时点间比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表4 2组治疗前后 EASI 评分比较[M(P₂₅, P₇₅)]

组别	例数	第1时点	第2时点	第3时点	第4时点	第5时点
治疗组	30	3.80(2.18, 9.27)	3.15(1.84, 5.94) ^①	3.00(1.60, 6.04) ^①	2.60(1.40, 5.69) ^①	2.50(1.20, 7.03) ^①
对照组	30	3.68(1.28, 7.03)	3.63(0.90, 7.26)	3.58(1.00, 7.39)	3.50(0.75, 9.41)	3.98(0.75, 8.39)
Z值		-1.131	-0.266	-0.059	-0.044	-0.214
P值		0.258	0.790	0.953	0.965	0.830

注：各时点观察值均不服从正态分布，组间比较采用秩和检验；^①与第1时点比较， $P < 0.05$ 。

4.4 2组各观察时点 EASI 评分趋势比较 见表5、6及图2。2组各观察时点 EASI 评分采用重复测量方差分析，结果提示，协方差矩阵和球形检验差异均有统计学意义($P < 0.05$)，故选择校正模型 G-G。结果提示，模型差异无统计学意义($F_{\text{时间}}=1.098$ ， $P=0.350$)，存在交互效应($F_{\text{时间} \times \text{组别}}=3.387$ ， $P=0.021$)；治疗组随观察时间变化，EASI 评分逐渐下降，在第4次和第5次 EASI 评分处于相对平稳状态，但组间差异无统计学意义($F_{\text{组别}}=0.274$ ， $P=0.603$)。

4.5 2组治疗前后 POEM 评分比较 见表7。治疗后(第2、3、4、5时点)，治疗组 POEM 评分均较治疗前(第1时点)降低($P < 0.05$)；对照组各时点 POEM 评分与第1时点比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；2组各时点 POEM 评分比较，差异无统计学意

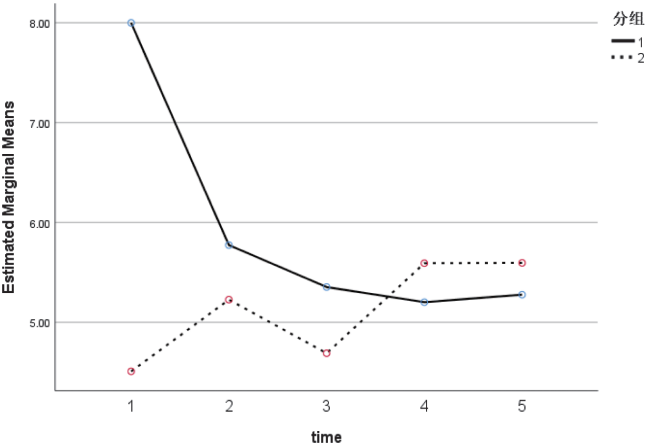
表5 EASI评分组内效应检验

来源		Ⅲ型平方和	均方	F值	P值
factor1	球形假设满足时	48.586	12.146	1.098	0.358
	Greenhouse-Geisser 校正	48.586	16.812	1.098	0.350
	Huynh-Feldt 校正	48.586	15.622	1.098	0.352
	下限法校正	48.586	48.586	1.098	0.299
factor1×组别	球形假设满足时	149.836	37.459	3.387	0.010
	Greenhouse-Geisser 校正	149.836	51.847	3.387	0.021
	Huynh-Feldt 校正	149.836	48.177	3.387	0.018
	下限法校正	149.836	149.836	3.387	0.071
Error(factor1)	球形假设满足时	2 566.025	11.060	-	-
	Greenhouse-Geisser 校正	2 566.025	15.309	-	-
	Huynh-Feldt 校正	2 566.025	14.225	-	-
	下限法校正	2 566.025	44.242	-	-

注：factor1 为时间因素；Error 为误差。

表6 EASI评分组间效应检验

来源	Ⅲ型平方和	自由度	均方	F 值	P 值
截距	1 829.212	1	1 829.212	52.439	<0.001
分组	9.557	1	9.557	0.274	0.603
误差	2 023.191	58	34.883	—	—



注：1 为治疗组；2 为对照组。

图2 2组各观察时点EASI评分趋势图

义($P>0.05$)。

4.6 2组各观察时点POEM评分趋势 见图3及表8、9。2组各观察时点POEM评分重复测量方差分析,结果提示,因协方差矩阵和球型检验有差异均有统计学意义($P<0.05$),故选G-G校正模型。结果提示,模型差异有意义($F_{\text{时间}}=7.402, P<0.001$),无交互效应($F_{\text{时间} \times \text{组别}}=0.973, P=0.407$);治疗组POEM评分随时间逐渐降低的趋势,但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

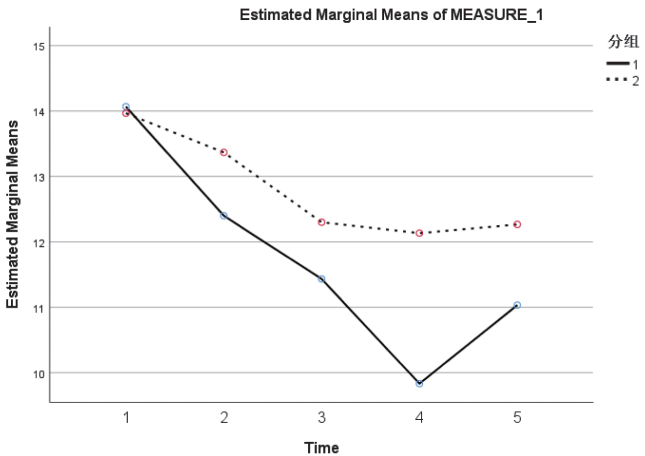
5 讨论

AD归属于中医学四弯风、胎疮等范畴,该病多由先天禀赋不耐,或后天饮食失调,致脾虚失运、心火过胜,每感外界风、湿、热邪而发病^[7]。《素问·至真要大论》曰:“诸痛痒疮,皆属于心……诸湿肿满,皆属于脾。”故一般认为,患儿出现湿疹样、苔藓化皮损及皮肤干燥、瘙痒等与心、脾相关。陈达灿教授^[8]提出心火偏亢与脾胃虚弱之间的失衡是儿童AD的主导病机,通过健脾清心,调节心火与脾虚之间的失衡,可以有效改善皮疹,缓解瘙痒,提高患

表7 2组治疗前后及组间POEM评分比较 $[(\bar{x} \pm s)$ 或 $M(P_{25}, P_{75})]$

组别	例数	第1时点	第2时点	第3时点	第4时点	第5时点
治疗组	30	14.5(12.0, 19.0)	12.4±6.5 ^①	11.0(7.0, 16.3) ^①	10.0(3.0, 12.3) ^①	10.5(4.0, 18.5) ^①
对照组	30	13.5(9.0, 18.0)	13.4±5.7	12.5(5.5, 19.0)	12.0(5.0, 18.3)	12.0(4.8, 19.3)
t/Z 值		-0.459	-0.613	-0.555	-1.230	-0.533
P 值		0.646*	0.543	0.579*	0.219*	0.594*

注：①与第1时点比较, $P<0.05$; *非正态分布, 组间比较采用秩和检验。



注：1 为治疗组；2 为对照组。

图3 2组各观察时点POEM评分趋势图

表8 POEM评分组内效应检验

来源		Ⅲ型平方和	均方	F 值	P 值
factor1	球性假设满足时	337.747	84.437	7.402	<0.001
	Greenhouse-Geisser 校正	337.747	113.322	7.402	<0.001
	Huynh-Feldt 校正	337.747	105.091	7.402	<0.001
	下限法校正	337.747	337.747	7.402	0.009
factor1×组别	球性假设满足时	44.387	11.097	0.973	0.423
	Greenhouse-Geisser 校正	44.387	14.893	0.973	0.407
	Huynh-Feldt 校正	44.387	13.811	0.973	0.411
	下限法校正	44.387	44.387	0.973	0.328
Error(factor1)	球性假设满足时	2 646.667	11.408	—	—
	Greenhouse-Geisser 校正	2 646.667	15.311	—	—
	Huynh-Feldt 校正	2 646.667	14.199	—	—
	下限法校正	2 646.667	45.632	—	—

注：factor1 为时间因素；Error 为误差。

表9 POEM评分组间效应检验

来源	Ⅲ型平方和	自由度	均方	F 值	P 值
截距	9 047.904	1	9 047.904	241.334	<0.001
分组	16.643	1	16.643	0.444	0.508
误差	2 174.493	58	37.491	—	—

儿的生活质量。本研究采用小儿推拿疗法，通过分手阴阳、清肺经、清肝经、补脾经等主穴手法，整体发挥调和阴阳、清泻肺肝、健脾除湿之功，并依据瘙痒、干燥、眠差等不同症状配伍选穴，体现了中医辨证论治的优势。然而，单纯推拿亦存在起效相对较缓的局限性。本研究联合外用紫草油，取其凉血解毒、生肌润肤之效，能直接作用于皮损局部快速缓解症状。二者相辅相成，内外合治，达到标本兼顾的效果。本研究通过多维评估体系探讨了小儿推拿联合紫草油治疗小儿AD的疗效特征与作用机制。

5.1 疗效特征的时间依赖性 从客观评价指标来看，治疗组在SCORAD和EASI评分中均表现出快速起效的特点。SCORAD评分自第2时点即出现显著下降，且持续至第5时点，这可能与紫草油中萘醌类成分的抗炎特性直接相关^[5]。EASI评分同样呈现持续改善的趋势，自第2时点起显著降低，且这一下降趋势持续至第5时点，表明治疗方案对表皮炎症的抑制作用在整个观察期内均得以有效维持。主观评价指标则显示出疗效累积效应。POEM评分从第3时点开始持续下降，至第5时点均具有统计学差异，表明患儿瘙痒、睡眠障碍等症状的改善需要治疗方案的持续干预。

5.2 作用机制的协同性分析 紫草油与小儿推拿的联合作用可能通过多靶点机制实现：①药理学层面，紫草素等活性成分可通过抑制NF-κB信号通路降低IL-4细胞因子表达，同时促进皮肤屏障修复^[9-10]；②物理干预层面，推拿手法通过刺激足三里、曲池等特定穴位，调节迷走神经张力，抑制肥大细胞脱颗粒反应^[11]；③协同效应层面，推拿促进局部血液循环可增强紫草油活性成分的透皮吸收，形成“药物-神经-免疫”多维调节网络。

5.3 疗效差异的潜在影响因素 尽管治疗组在多项指标中显示出改善趋势，但组间差异未达统计学显著性，这可能源于以下因素：①样本量限制(30例/组)

导致检验效能不足；②对照组的载体效应：基质油的封闭保湿作用可能部分改善经皮水分丢失(TEWL)，掩盖了治疗组的特异性疗效；③干预持续时间：第5时点(治疗4周后)提示疗效衰减，AD慢性炎症的完全控制可能需要≥8周的持续干预。

综上，小儿推拿联合紫草油可有效缓解小儿AD患儿的急性炎症症状，其疗效特征呈现“快速起效-阶段维持-逐渐衰减”的时间动力学模式。尽管受样本量及观察周期限制未能完全凸显组间差异，但多维评价指标的一致性趋势仍支持该联合方案作为AD辅助治疗的选择。未来需通过优化研究设计进一步明确其长期疗效及与传统疗法的协同作用，为小儿AD的整合医学管理提供新思路。

(诚挚感谢广东省中医院大数据团队，欧爱华主任及团队为本文提供的统计分析指导与专业支持。)

[参考文献]

- [1] 王婷好, 华丕砚, 姚秋艳, 等. 特应性皮炎危险因素与严重程度相关性的研究进展[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2025, 39(9): 1058-1062.
- [2] 郝飞, 张建中. 特应性皮炎的研究现状与展望[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(32): 2465-2469.
- [3] 孙彩虹, 姚煦. 特应性皮炎外用糖皮质激素的规范使用[J]. 中华全科医师杂志, 2023, 22(2): 224-226.
- [4] 孙坤坤, 韩学超, 孙孝凤, 等. 中医药防治特应性皮炎研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(5): 266-273.
- [5] 孙占学, 李元文, 张丰川, 等. 复方紫草油在皮肤科临床应用专家共识[J]. 世界中医药, 2020, 15(2): 301-304.
- [6] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 1026-1027.
- [7] 中华中医药学会皮肤科专业委员会. 特应性皮炎中医诊疗方案专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2013, 12(1): 60-61.
- [8] LIU J, MO X, WU D, et al. Efficacy of a chinese herbal medicine for the treatment of atopic dermatitis: A randomised controlled study[J]. Complement Ther Med, 2015, 23(5): 644-651.
- [9] 张倩倩, 蔡而玮, 吴小云, 等. 紫草油治疗小儿肛门湿疹的临床疗效观察[J]. 蛇志, 2019, 31(3): 362-363, 367.
- [10] 李虎羽, 赵喜燕, 杨俊革. 复方紫草油治疗小儿湿疹的临床疗效[J]. 世界中医药, 2019, 14(1): 122-125, 130.
- [11] BOETTGER M K, BÄR K J, DOHRMANN A, et al. Increased vagal modulation in atopic dermatitis[J]. J Dermatol Sci, 2009, 53(1): 55-59.

[责任编辑: 冯天保, 蒋维超(英文)]