皮炎方湿敷联合光电疗法治疗湿热壅滞型激素依赖性皮炎临床研究

郑明警，赵东瑞

浙江中医药大学附属温州市中医院皮肤科，浙江 温州 325000

［摘要］**目的：**观察皮炎方湿敷联合光电疗法治疗湿热壅滞型激素依赖性皮炎（TCDD）的临床疗效。**方法：**纳入2023年10月—2024年10月在浙江中医药大学附属温州市中医院诊治的144例湿热壅滞型TCDD患者，使用随机数字表法分为对照组及试验组，每组72例。对照组予光电疗法治疗，试验组施以皮炎方湿敷联合光电疗法治疗。2组均治疗4周。比较2组临床疗效、主观症状（疼痛、灼热、瘙痒）评分、客观症状（红斑、干燥脱屑、毛细血管扩张、皮损面积）评分、皮肤屏障功能［皮肤角质层含水量、经表皮失水率（TEWL）］、炎症指标［白细胞介素-4（IL-4）、白细胞介素-6（IL-6）、γ干扰素（IFN-γ）］及不良反应发生率。**结果：**治疗4周后，试验组临床疗效总有效率93.06%（67/72），高于对照组80.56%（58/72）（$P<0.05$）。治疗2周后，2组3项主观症状、4项客观症状评分以及TEWL均较治疗前降低（$P<0.05$），皮肤角质层含水量均较治疗前增多（$P<0.05$）。治疗4周后，2组3项主观症状、4项客观症状评分以及TEWL均较治疗2周后降低（$P<0.05$），皮肤角质层含水量均较治疗2周后增多（$P<0.05$）。治疗2周、4周，试验组3项主观症状、4项客观症状评分以及TEWL均低于同期对照组（$P<0.05$），皮肤角质层含水量多于同期对照组（$P<0.05$）。治疗4周后，2组IL-4、IL-6水平均较治疗前降低（$P<0.05$），IFN-γ水平均较治疗前升高（$P<0.05$）；试验组IL-4、IL-6水平均低于对照组（$P<0.05$），IFN-γ水平高于对照组（$P<0.05$）。试验组不良反应发生率8.33%（6/72），与对照组5.56%（4/72）比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**皮炎方湿敷联合光电疗法治疗湿热壅滞型TCDD，对患者的症状和皮肤屏障功能均有改善作用，可抑制炎症反应，且安全性较高。

［关键词］激素依耐性皮炎；湿热壅滞证；皮炎方；湿敷；光电疗法；皮肤屏障功能；炎症反应

［中图分类号］R275 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）22-0094-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.22.017

Clinical Study on Combination Use of Wet Compress of Piyan Prescription and Electrophototherapy for Topical Corticosteroid Dependent Dermatitis of Damp-Heat Stagnation Type

ZHENG Mingjing, ZHAO Dongrui

Department of Dermatology, Wenzhou TCM Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Wenzhou Zhejiang 325000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the combination use of wet compress of Piyan Prescription and electrophototherapy on topical corticosteroid dependent dermatitis (TCDD) of damp-heat stagnation type. **Methods:** A total of 144 TCDD patients of damp-heat stagnation type who were admitted to the Wenzhou TCM Hospital of Zhejiang Chinese Medical University were enrolled and divided into the control group and the trial group by random number table method, with 72 cases in each group. The control group was treated with electrophototherapy, and the trial group was

［收稿日期］2025-06-03
［修回日期］2025-08-27
［基金项目］温州市科技局项目（Y2023231）
［作者简介］郑明警（1988-），男，主治医师，硕士，E-mail：zhengmingjing01@yeah.net。
［通信作者］赵东瑞(1968-)，男，主任中医师，E-mail：850861148@qq.com。

treated with wet compress of Piyan Prescription combined with electrophototherapy. Both groups were treated for four weeks. The clinical effects, scores of subjective symptoms (pain, burning and itching), scores of objective symptoms (erythema, dry with desquamation, telangiectasia and lesion area), skin barrier function [stratum corneum hydration and transepidermal water loss (TEWL)], inflammation indexes [interleukin-4 (IL-4), interleukin-6 (IL-6) and interferon-γ (IFN-γ)] and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results**: After four weeks of treatment, the total clinical effective rate was 93.06% (67/72) in the trial group, which was higher than that of 80.56% (58/72) in the control group ($P<0.05$). After two weeks of treatment, the scores of three subjective symptoms and four objective symptoms and TEWL in the two groups were down-regulated when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the stratum corneum hydration was up-regulated when compared with that before treatment ($P<0.05$). After four weeks of treatment, the scores of three subjective symptoms and four objective symptoms and TEWL in the two groups were decreased when compared with those after two weeks of treatment ($P<0.05$), and the stratum corneum hydration was increased when compared with that after two weeks of treatment ($P<0.05$). After two and four weeks of treatment, the scores of three subjective symptoms and four objective symptoms and TEWL in the trial group were lower than those at the same period in the control group ($P<0.05$), and the stratum corneum hydration was higher than that at the same period in the control group ($P<0.05$). After four weeks of treatment, the levels of IL-4 and IL-6 in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the levels of IFN-γ were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$); the levels of IL-4 and IL-6 in the trial group were lower than those in the control group ($P<0.05$), and the level of IFN-γ was higher than that in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions was 8.33% (6/72) in the trial group and 5.56% (4/72) in the control group, there being no significance in the difference ($P>0.05$). **Conclusion**: The combination use of wet compress of Piyan Prescription and electrophototherapy can improve the symptoms and skin barrier function of TCDD patients of damp-heat stagnation type, inhibit the inflammatory response with great safety.

Keywords: Topical corticosteroid dependent dermatitis; Syndrome of damp-heat stagnation; Piyan Prescription; Wet compress; Electrophototherapy; Skin barrier function; Inflammatory response

激素依赖性皮炎(TCDD)又称糖皮质激素诱导性皮炎，其发病主要与长期不当使用激素、频繁使用含激素化妆品有关，在上述因素作用下，导致皮肤屏障受损、炎症反应加强、微生物感染、神经反应亢进等发生，进而引发本病。TCDD以中青年女性为主要群体，皮肤损害形态多样，其中以皮炎和痤疮占比较高，不仅会引发疼痛、瘙痒等不适，且红斑、皮疹等表现对面部美观度也有较大影响[1]。目前，临床治疗TCDD常用方法包括停用激素类软膏或化妆品、外用维生素软膏、口服抗组胺药及物理疗法等，均可在一定程度上改善面部症状[2]。光电疗法通过电磁波修复模块与黄极光模块相协同，可起到消炎、重建皮肤屏障、增加皮肤成纤维细胞生长因子和胶原蛋白合成的作用，对面部皮炎有积极治疗作用[3-5]。

中医学认为，TCDD主要是由于药毒侵袭肌肤而致，本病更易发生于素体血热、血燥及嗜食辛辣之人，长期饮食不节可导致湿热壅滞脾胃，加之药毒长期侵袭肌表，日久郁而化热，湿与热相互搏结，温热之毒长期蕴结肌肤，久之湿热毒邪内侵血分，血络受损，灼伤阴液，耗散营血，可使营卫失和，湿热壅滞于肌肤难以散去，导致肌肤失于濡养，治疗当以祛湿、清热、解毒为基本原则[6-7]。皮炎方为浙江中医药大学附属温州市中医院皮肤科协定方，适用于有红肿、渗出、灼热症状的皮肤病，既往在TCDD的治疗中取得了较好效果。湿敷可使药物有效成分透皮吸收、直达病灶，起效更快，是中医皮肤科较为常用的治疗方式[8]。本研究观察皮炎方湿敷联合光电疗法治疗湿热壅滞型TCDD的疗效，报

道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《皮肤病学与性病学》[9]中TCDD的诊断标准。发生在面部、口周或额头，有明确的糖皮质激素用药史或含有糖皮质激素化妆品使用史，伴有以下症状中的2种及以上：皮肤变薄、潮红，伴毛细血管扩张；痤疮样皮炎、粉刺、丘疹、脓疱；皮肤老化、干燥、脱屑、粗糙，甚至萎缩；色素沉着；毳毛增粗变长。

1.2 辨证标准 符合《面部激素药毒(糖皮质激素依赖性皮炎)中医治疗专家共识》[10]中湿热壅滞证的辨证标准。症见面部肿胀、潮红、有丘疹、瘙痒、刺痛、灼热，伴头身困重、胃纳不佳、口干黏腻、溲赤或浑浊、便黏腻不爽或溏或干结，舌红、苔黄腻，脉滑或滑数或濡数。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；年龄20～45岁；病程超过1个月；患者对研究内容知情，且自愿参与本研究。

1.4 排除标准 哺乳期或孕期女性；合并恶性肿瘤；伴有严重基础疾病或急性期疾病；伴有其他皮肤病或皮肤创伤；心脏安装支架者；因精神、智力方面的问题无法配合诊治者。

1.5 剔除与脱落标准 治疗过程中因疾病再次使用糖皮质激素；患者在研究期间要求退出。

1.6 一般资料 纳入2023年10月—2024年10月在浙江中医药大学附属温州市中医院皮肤科诊治的144例湿热壅滞型TCDD患者，使用随机数字表法分为对照组及试验组，每组72例。2组在研究过程中均未出现剔除与脱落病例。对照组男14例，女58例；病程3～27个月，平均(13.65±3.29)个月；年龄20～43岁，平均(31.47±5.28)岁。试验组男10例，女62例；病程2～24个月，平均(13.08±3.41)个月；年龄21～45岁，平均(32.36±5.69)岁。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经浙江中医药大学附属温州市中医院医学伦理委员会审核通过(伦理批件号：WZY2023-KT-022-01)。

2 治疗方法

2组治疗开始时均停止使用糖皮质激素或化妆品。

2.1 对照组 采用光电疗法治疗。使用舒敏专家多功能声光电联合治疗平台(重庆半岛医疗科技有限公司，型号Derma)，患者取仰卧位，治疗前使用清水对患处皮肤进行清洁。采用电磁波治疗仪，垂直于皮肤，并与皮肤轻轻贴合，按从外到内、从下到上顺序画圈操作，时间10 min。然后为患者戴上防护眼罩，采用黄极光模块，距离面部15 cm，照射10 min。治疗后以蒸馏水冷喷清洁治疗区域，并薄涂润肤露(主要成分为凡士林)。每周治疗1次，治疗4周。

2.2 试验组 在光电疗法治疗后第2天起进行皮炎方湿敷。处方：麻黄30 g，紫花地丁30 g，生甘草30 g。将上述药物混合后加入2 000 mL水煎煮30 min，而后滤出药渣，取药汁放凉备用，选用足以覆盖皮损面积的灭菌纱布，将其浸透药汁后取出，在面部湿敷，每次治疗15 min，治疗后以清水清洁治疗区域。每天治疗2次，治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②症状评分。参考特应性皮炎评分(SCORAD)[11]对患者治疗前、治疗2周后、治疗4周后的主、客观症状进行评分。主观症状包括疼痛、灼热、瘙痒，客观症状包括红斑、干燥脱屑、毛细血管扩张、皮损面积。根据症状严重程度计0～3分，分值越高提示症状越严重。③皮肤屏障功能。治疗前、治疗2周后、治疗4周后，使用皮肤多功能仪检测患者皮肤角质层含水量、经表皮失水率(TEWL)。④炎症指标。治疗前、治疗4周后，于患者空腹状态下采集静脉血5 mL，使用酶联免疫吸附法检测白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-6(IL-6)水平，使用γ干扰素释放试验法检测γ干扰素(IFN-γ)水平。⑤不良反应。记录治疗过程中皮肤刺痛、脓点、水肿等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 使用SPSS24.0统计学软件处理数据。计数资料以百分比(%)表示，行χ^2检验。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，同组3个时间点比较采用重复测量方差分析，2个时间点比较采用LSD法，组间比较采用独立样本t检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗4周后，参考《中医皮肤科临床诊疗指南·面部激素药毒》[12]中的疗效标准评估疗效。治愈：面部肿胀、潮红、丘疹、瘙痒、刺痛、灼热等主要症状及伴随症状完全消失。好转：主要

症状及伴随症状均有所好转。未愈：上述主要症状及伴随症状未见好转或加重。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗4周后，试验组临床疗效总有效率93.06%，高于对照组80.56%，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
试验组	72	16(22.22)	51(70.84)	5(6.94)	67(93.06)
对照组	72	13(18.06)	45(62.50)	14(19.44)	58(80.56)
χ^2值					4.911
P值					0.027

4.3 2组治疗前后主观症状评分比较 见表2。治疗前，2组疼痛、灼热、瘙痒评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗2周后，2组3项主观症状评分均较治疗前降低，试验组3项主观症状评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗4周后，2组3项主观症状评分均较治疗2周后降低，试验组3项主观症状评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后客观症状评分比较 见表3。治疗前，2组红斑、干燥脱屑、毛细血管扩张、皮损面积评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗2周后，2组4项客观症状评分均较治疗前降低，试验组4项客观症状评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗4周后，2组4项客观症状评分均较治疗2周后降低，试验组4项客观症状评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后主观症状评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	疼痛			灼热			瘙痒		
		治疗前	治疗2周后	治疗4周后	治疗前	治疗2周后	治疗4周后	治疗前	治疗2周后	治疗4周后
试验组	72	2.35±0.53	1.68±0.39①	0.72±0.21②	2.29±0.48	1.54±0.36①	0.65±0.17②	2.47±0.55	1.70±0.43①	0.79±0.24②
对照组	72	2.32±0.51	1.89±0.42①	1.05±0.37②	2.27±0.49	1.76±0.38①	0.92±0.23②	2.43±0.56	1.91±0.47①	1.10±0.41②
t值		0.346	3.109	6.582	0.247	3.566	5.121	0.432	2.979	5.537
P值		0.730	0.002	<0.001	0.805	0.001	<0.001	0.666	0.006	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与本组治疗2周后比较，$P<0.05$。

表3 2组治疗前后客观症状评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	红斑			干燥脱屑			毛细血管扩张			皮损面积		
		治疗前	治疗2周后	治疗4周后	治疗前	治疗2周后	治疗4周后	治疗前	治疗2周后	治疗4周后	治疗前	治疗2周后	治疗4周后
试验组	72	2.61±0.47	1.89±0.41①	0.83±0.25②	2.26±0.54	1.31±0.27①	0.58±0.16②	2.19±0.50	1.24±0.29①	0.51±0.14②	2.17±0.49	1.24±0.31①	0.51±0.18②
对照组	72	2.59±0.44	2.17±0.45①	1.12±0.36②	2.23±0.50	1.54±0.38①	0.82±0.24②	2.15±0.49	1.53±0.35①	0.79±0.27②	2.20±0.52	1.58±0.33①	0.82±0.21②
t值		0.264	3.903	5.614	0.346	4.187	7.060	0.475	5.414	7.812	0.356	6.372	9.510
P值		0.793	<0.001	<0.001	0.730	<0.001	<0.001	0.636	<0.001	<0.001	0.722	<0.001	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与本组治疗2周后比较，$P<0.05$。

4.5 2组治疗前后皮肤屏障功能比较 见表4。治疗前，2组皮肤角质层含水量、TEWL比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗2周后，2组皮肤角质层含水量均较治疗前增多，TEWL均较治疗前降低，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗4周后，2组皮肤角质层含水量均较治疗2周后增多，TEWL均较治疗2周后降低，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗2周、4周后，试验组皮肤角质层含水量多于同期对照组，TEWL低于同期对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.6 2组治疗前后炎症指标比较 见表5。治疗前，2组IL-4、IL-6、IFN-γ水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗4周后，2组IL-4、IL-6水平均较治疗前降低，IFN-γ水平均较治疗前升高，差异均有统计学意义($P<0.05$)；试验组IL-4、IL-6水平均低于对照组，IFN-γ水平高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.7 2组不良反应发生率比较 见表6。试验组不良反应发生率8.33%，与对照组5.56%比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 2组治疗前后皮肤屏障功能比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	例数	皮肤角质层含水量(%)			TEWL[g/(h·cm²)]		
		治疗前	治疗2周后	治疗4周后	治疗前	治疗2周后	治疗4周后
试验组	72	18.12±2.52	22.32±2.29①	26.06±2.10②	35.68±3.35	29.94±3.28①	22.53±3.05②
对照组	72	18.36±2.74	20.63±2.34①	23.22±2.21②	36.22±3.41	33.40±3.32①	28.24±3.11②
t值		0.547	4.380	7.905	0.959	3.291	11.123
P值		0.585	<0.001	<0.001	0.170	<0.001	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与本组治疗2周后比较，$P<0.05$。

表5 2组治疗前后炎症指标比较($\bar{x}\pm s$) pg/mL

组 别	例数	IL-4		IL-6		IFN-γ	
		治疗前	治疗4周后	治疗前	治疗4周后	治疗前	治疗4周后
试验组	72	50.72±5.36	35.25±4.72①	23.69±2.21	13.38±2.56①	22.79±2.27	29.95±2.58①
对照组	72	51.01±5.50	40.66±4.25①	24.15±2.30	16.15±2.40①	23.14±2.33	26.54±2.60①
t值		0.320	7.228	1.224	6.698	0.913	7.900
P值		0.375	<0.001	0.112	<0.001	0.181	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表6 2组不良反应发生率比较 例(%)

组 别	例数	皮肤刺痛	脓点	水肿	总发生
试验组	72	2(2.78)	2(2.78)	2(2.78)	6(8.33)
对照组	72	2(2.78)	1(1.39)	1(1.39)	4(5.56)
χ^2值					0.430
P值					0.512

5 讨论

TCDD是一种糖皮质激素戒断性皮肤炎症，由于长期外用糖皮质激素或含糖皮质激素的化妆品，导致皮肤细胞正常的增殖、分化受到影响，胶原合成减少，角质层功能改变，含水量下降，皮肤的屏障功能受损，从而诱发局部炎症反应[1]。同时，糖皮质激素有收缩血管的作用，会造成一氧化氮堆积，停药后会使毛细血管异常扩张，另外，糖皮质激素还会引起相关受体脱敏现象，也是TCDD发生的主要原因[2]。光电疗法结合了强脉冲光(光能)与射频(电能)的作用，强脉冲光可以提高真皮温度，促进细胞新陈代谢，使成纤维细胞数量与活性增加，同时刺激胶原生成，有利于皮肤屏障的修复，亦可促进色素颗粒分解，抑制色素沉着；射频产生的非热效应，可促进皮脂乳化和皮脂膜形成，改善皮肤屏障功能，还具有杀菌、抗炎、补水等作用[13]。

湿热壅滞证是TCDD的常见证型，此类患者普遍存在素体血热、血燥，或长期辛辣饮食，导致脾胃湿热壅滞。中医学认为，含糖皮质激素化妆品多为药毒，药毒化热，长期蕴结于肌表，郁闭肌肤，湿与热相互搏结，形成湿热毒邪，湿热毒邪壅滞于肌肤腠理，阻滞气血运行，发为红斑、肿胀、丘疹、渗出。治疗当以祛湿、清热、解毒为主。本研究湿敷所用皮炎方中麻黄轻扬宣泄，辛温发散，能开腠理，透邪外出，可解郁闭之药毒；紫花地丁苦泄辛散，清热解毒，凉血消肿，是治疗皮肤疮疡之要药，其与麻黄合用，既能清热凉血解毒，又可开腠宣散。生甘草清热解毒、调和药性，同时防麻黄辛温过燥。全方共奏祛湿、清热、解毒之效。

本研究结果显示，试验组治疗后主、客观症状评分均低于对照组，总有效率高于对照组，提示皮炎方湿敷联合光电疗法治疗能促进湿热壅滞型TCDD患者症状改善，起到增效作用。皮肤屏障由脂类物质、角质层和水分组成，具有维持内环境稳定的作用，皮肤角质层含水量不断丢失，会导致角质层变薄、皮肤屏障功能障碍，进而出现干燥、脱屑、瘙痒等症状。TEWL是指在不出汗情况下，皮肤水分蒸发流失，当炎症或皮损伤及角质层，皮肤屏障受损时，则会造成更多的水分蒸发。治疗后，试验组皮肤角质层含水量多于对照组，TEWL低于对照组，提示皮炎方湿敷在改善皮肤屏障功能方面具有一定优势。究其原因，在给药方式上，湿敷疗法可以促进药物有效成分经皮吸收，减少组织液渗出，缓解局部充血、烧灼感等，同时还能够促进角质层水合，加速局部血液循环和新陈代谢，进而提高治疗效

果[8]。但经过治疗后，2组仍有部分患者未有明显效果，可能与皮肤敏感性及平素激素类化妆品使用的品牌、用量等因素有关。

长期使用糖皮质激素会导致皮肤免疫细胞数量减少，局部免疫功能下降。IL-4为辅助型T细胞分泌的细胞因子。在体液免疫和细胞免疫中均起到重要作用，既往研究提示，TCDD患者血清IL-4水平明显较高，提示存在免疫功能紊乱[14]。长期外用糖皮质激素可抑制有丝分裂和DNA合成，导致纤维细胞增殖减少，使皮肤屏障功能受损，活化IL-6等炎性因子，诱发或加重皮肤炎症反应[15]。TCDD患者存在Th1/Th2失衡，Th1细胞分泌的IFN-γ细胞因子明显下降[16]。本研究结果显示，治疗后，试验组IL-4、IL-6水平均低于对照组，IFN-γ水平高于对照组（$P<0.05$）。药理学研究发现，麻黄中所含的豆甾醇、香叶木素等成分能通过抑制相关通路，起到抗炎作用，有利于减少皮肤炎症细胞浸润[17]。麻黄与甘草合用时，可提高汤剂中伪麻黄碱的含量，增强抗炎效果[18]。紫花地丁乙醇提取物具有较强的抗炎、抑菌作用，能避免皮肤感染，同时能降低炎性因子表达，其含有的秦皮乙素成分能清除自由基，从而使皮肤细胞免受自由基的损害[19]。甘草中含有黄酮类、甘草酸、甘草苷等成分，具有抗炎作用，能减轻皮肤炎症反应、预防色素沉着[20]。治疗后，2组仅部分患者出现皮肤刺痛、水肿、脓点等不良反应，刺痛考虑与光电疗法强度过高有关，水肿、脓点考虑与湿敷时间过长、皮肤过敏有关，但均未影响患者后续治疗。

综上所述，皮炎方湿敷联合光电疗法治疗湿热壅滞型TCDD，可促进患者症状缓解和皮肤屏障功能改善，提高临床疗效，其作用机制可能与抑制炎症反应有关。

[参考文献]

[1] 郭清龙. 激素依赖性皮炎的研究进展[J]. 赣南医学院学报，2021，41(4)：420-423，428.
[2] 祁洁，王宝庭. 激素依赖性皮炎的治疗与研究进展[J]. 中西医结合心血管病电子杂志，2020，8(35)：27，32.
[3] 李垚莹，吴亚光，夏晓琴，等. 多功能激光光电平台联合重组牛碱性成纤维细胞生长因子凝胶辅助治疗面部屏障受损性疾病的疗效观察[J]. 中国医疗美容，2022，12(5)：39-42.
[4] 赵一彧，郝勇，杨丽颖，等. 低能量光疗联合舒缓保湿修护霜治疗面部激素依赖性皮炎的疗效分析[J]. 中外医疗，2021，40(17)：66-68.
[5] 沈旭成，张怡，谢志敏，等. 激素依赖性皮炎的研究进展[J]. 国际医药卫生导报，2021，27(4)：622-624.
[6] 杨丽娜，范娥，崔未霞，等. 火针联合中药治疗湿热壅滞型激素依赖性皮炎的临床观察[J]. 中国医疗美容，2023，13(1)：20-23.
[7] 朱星. 耳尖放血联合大消风散治疗面部激素依赖性皮炎(风热蕴肤证)的临床疗效观察[D]. 成都：成都中医药大学，2022.
[8] 胡学军，董慧勤. 中药湿敷疗法在皮肤科临床管理中的应用[J]. 浙江中医杂志，2023，58(11)：836-837.
[9] 李若瑜. 皮肤病学与性病学[M]. 4版. 北京：北京大学医学出版社，2019.
[10] 中华中医药学会皮肤科分会. 面部激素药毒(糖皮质激素依赖性皮炎)中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2019，18(5)：497-499.
[11] STALDER J F，BARBAROT S，WOLLENBERG A，et al. Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD)：a new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe[J]. Allergy，2011，66(8)：1114-1121.
[12] 中华中医药学会. T/CACM 1171-2019 中医皮肤科临床诊疗指南·面部激素药毒[S]. 北京：中国中医药出版社，2019.
[13] 黄台曼，郑欣，郝振华，等. 多功能激光光电平台联合生长因子治疗面部皮炎和敏感性皮肤的疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志，2020，34(1)：102-106.
[14] 邢国辉，孙立. 面部激素依赖性皮炎相关免疫学研究[J]. 中国医疗美容，2015，5(1)：132-134.
[15] 曾凡钦，唐增奇，郭庆. 激素依赖性皮炎的发病机制认识[J]. 中国医学文摘(皮肤科学)，2015，32(3)：257-260.
[16] 周君武，薛素琴. 消斑饮加减治疗面部激素依赖性皮炎的疗效及对Th1/Th2细胞水平的影响[J]. 中国实验方剂学杂志，2018，24(14)：176-181.
[17] 任海波，王迎春，麻景梅，等. 麻黄的活性成分与临床应用进展[J]. 中国药物警戒，2021，18(4)：396-399.
[18] 张强，王幼鹏，宋诗花，等. 麻黄-甘草药对研究进展[J]. 山东医学高等专科学校学报，2021，43(3)：230-231.
[19] 金阳，吕涵，葛金环，等. 紫花地丁物质基础研究进展[J]. 中华中医药学刊，2022，40(7)：21-26.
[20] 肖先，李春燕，刘晓龙，等. 甘草的主要化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报，2023，40(3)：280-285.

[责任编辑：刘迪成，蒋维超(英文)]