

· 论著 ·

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

王 晖*

上海市杨浦区延吉社区卫生服务中心(上海 200093)

【摘要】目的 探究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效果。方法 选取我院2022年7月至2023年7月我院收治的60例确诊慢性湿疹患者，按照随机数字表法分为对照组和观察组，两组均给予梅花针穴位放血，对照组患者采取常规西医治疗，观察组患者在对照组基础上给予桂枝麻黄各半汤加减治疗。观察并比较两组患者的临床疗效、湿疹面积及严重程度指数、不良情绪、生活质量及不良反应。结果 观察组的总有效率为96.67%，明显高于对照组的76.67%($P<0.05$)。两组患者的湿疹面积及严重程度指数均有所降低，且观察组的湿疹面积及严重程度指数低于对照组($P<0.05$)。治疗后，观察组的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组($P<0.05$)。两组患者的生活质量评分均有所提高，且观察组的生活质量评分高于对照组($P<0.05$)。两组的不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 桂枝麻黄各半汤加减联合梅花针刺络放血疗法可有效改善慢性湿疹风寒证患者的症状和不良情绪，提高生活质量，且不良反应较少，值得临床推广应用。

【关键词】桂枝麻黄各半汤加减；梅花针刺络放血疗法；慢性湿疹风寒证；临床效果

【中图分类号】R758.23

【文献标识码】A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.4.054

Clinical Analysis of Modified Mahuang Tang Combined with Plum Blossom Acupuncture and Bloodletting Therapy in the Treatment of Chronic Eczema with Wind Cold Syndrome

WANG Hui*

Yanji Community Health Service Center, Yangpu District, Shanghai 200093, China

Abstract: Objective To explore the clinical effect of chronic eczema. **Methods** a total of 60 patients diagnosed with chronic eczema who were admitted to our hospital between July 2022 and July 2023 were chosen for the study. They were randomly assigned to either the control group or the observation group using a random number table. Both groups underwent acupuncture therapy, while the control group was also administered traditional Western medical treatments, and the patients in the observation group were given mahuang decoction plus and minus treatment on the basis of the control group. The clinical efficacy, eczema area and severity index, adverse mood, quality of life and adverse reactions were observed and compared between the two groups. **Results** The total response rate in the observed group was 96.67%, which was significantly higher than the 76.67% in the control group ($P<0.05$). The area and severity index of eczema decreased in both groups, and the area and severity index were lower than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the anxiety self-rating scale (SAS) and depression self-rating scale (SDS) scores were lower than the control group ($P<0.05$). QoL scores were improved in both groups and in the observation group were higher than in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse effects between the two groups was not significant ($P>0.05$). **Conclusion** The combination of ephedra soup and subtraction and plum blossom acupuncture and release therapy can effectively improve the symptoms and bad mood of patients with chronic eczema and cold syndrome, improve the quality of life, and have fewer adverse reactions, which is worthy of clinical promotion and application.

Keywords: Gui Zhi Ma Huang Ge Ban Tang with Modifications; Plum Acupuncture Bloodletting Therapy; Chronic Eczema; Clinical Effect

慢性湿疹是一种常见的皮肤病，其特征包括皮肤瘙痒、红肿、糜烂、皮肤肥厚和色素沉着等。瘙痒症状通常较为剧烈，有时甚至会严重影响患者的睡眠质量。红肿和糜烂是慢性湿疹的常见症状，表现为皮肤局部炎症反应和组织损伤^[1]。皮肤肥厚是慢性湿疹的另一个特征，表现为皮肤增厚、粗糙、苔藓样变。色素沉着是慢性湿疹愈合后常见的后遗症，表现为局部皮肤颜色加深。该疾病具有病程长、反复发作的特点，对患者的生活质量造成严重影响^[2]。慢性湿疹的病因较为复杂，可能与多种因素有关。其中，过敏反应是一个重要的因素。此外，遗传、环境因素、饮食、生活习惯等也可能与慢性湿疹的发生有关。由于慢性湿疹的病程较长，反复发作，患者常常需要长期治疗

和管理^[3]。西医治疗慢性湿疹主要采用抗炎、抗过敏药物，如皮质类固醇激素和抗组胺药等。这些药物可以缓解症状，但长期使用易产生耐药性、副作用和依赖性问题。此外，西医治疗还可能对患者的免疫系统造成影响，增加感染的风险^[4]。中医认为，慢性湿疹属于“湿疮”，“风湿疹”范畴，其病因与风、湿、热等因素有关。中医在治疗慢性湿疹时，强调从整体出发，进行辨证施治。其治疗方案通常是内外兼顾的综合疗法，例如口服中药、外用药膏以及针灸等。其中，桂枝麻黄各半汤加减是一种经典的中药方剂，具有祛风除湿、清热解毒的功效，可用于治疗慢性湿疹风寒证^[5]。梅花针刺络放血疗法则是一种传统的中医针灸方法，通过刺激病变部位及其周围浅表

【第一作者】王 晖，男，主治医师，主要研究方向：中医临床诊治研究。E-mail: yangyanghe78@126.com

【通讯作者】王 晖

静脉,以此来实现经络畅通,气血调和的功效^[6]。本研究旨在探究桂枝麻黄各半汤加减联合梅花针刺络放血疗法的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2022年7月至2023年7月收治的60例确诊慢性湿疹患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组各30例。见表1。

纳入标准:符合慢性湿疹风寒证的中医诊断标准;年龄在18~70岁之间;病程在3个月以上;签署知情同意书。排除标准:并发严重的心脏、肝脏、肾脏等器官疾病患者;处于怀孕期和哺乳期的女性;已知对本研究涉及的药物存在过敏反应的人群;近3个月内使用过免疫抑制剂者。

1.2 方法 对照组:予枸地氯雷他定片(厂家:扬子江药业集团广州海瑞药业有限公司;批号:国药准字H20090138;规格:8.8mg×6片)口服治疗,用法为每日1次,每次8.8mg,口服。

观察组:予桂枝麻黄各半汤加减口服治疗,方剂组成:麻黄9g,桂枝6g,杏仁6g,炙甘草3g。根据患者的具体病情进行加减,如伴瘙痒者加白鲜皮9g,地肤子9g;红肿明显者加赤芍9g,丹皮9g。每日1剂,水煎服,早晚各服1次。

两组患者在接受上述口服药物治疗的同时,均给予梅花针穴位放血疗法。选取病变部位及周围穴位,进行常规消毒。使用梅花针轻轻叩击穴位,以出血为度。每个穴位叩击5~10下,出血量约5~10滴。每周治疗2次,每次选取2~3个穴位进行叩击。治疗后注意保持局部清洁,避免感染。两组均治疗4周后观察疗效。

1.3 观察指标 观察并比较两组患者的临床疗效、症状改善情况及生活质量。(1)临床疗效:根据患者的症状改善程度分为治愈、显效、有效和无效。治愈,指瘙痒与红肿等临床症状完全消退;显效,指上述症状得到显著缓解;有效,指症状有所改善;无效,指症状未见改善或出现加重。总有效率则依据公式进行计算,即(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%^[7]。(2)比较两组治疗前后湿疹严重程度,采取湿疹面积和严重程度指数(EASI)评估,将身体分为四个部分:头颈、躯干、上肢和下肢,每个部分的受累面积百分比通过0到6分的评分来衡量。此外,临床特征如红斑、渗出/丘疹、表皮剥脱和苔藓样变也根据严重程度被赋予0到3分的评分。分数范围是0到72分^[8]。(3)使用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)比较两组在治疗前后的不良情绪状态。SAS的临界分数设定为50分,而SDS的临界分数为53分,得分越高则表明患者的不良情绪越显著^[9]。(4)生活质量:采用SF-36生活质量量表进行评价,满分100分,分数越高表示生活质量越好^[10]。(5)比较两组并发症情况,包括胃部不适、头晕、恶心、心悸。

1.4 统计学处理 经SPSS 23.0软件处理数据,计量和计数资料分别以($\bar{x} \pm s$)和n(%)形式表示;依次行t检验和 χ^2 检验;资料比较有意义则提示 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组治疗效果 观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

2.2 比较两组治疗前后湿疹严重程度 治疗前两组湿疹面积和严重程度无明显差异($P > 0.05$),治疗后观察组评分低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组不良情绪指标 治疗前两组SAS、SDS评分无明显差异($P > 0.05$),治疗后观察组评分皆低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

2.4 两组生活质量对比 治疗前两组患者生活质量评分无明显差异($P > 0.05$),治疗后观察组患者评分高于对照组($P < 0.05$)。见表4。

2.5 比较两组不良反应情况 两组并发症情况无明显差异($P > 0.05$)。见表5。

表1 比较两组治疗效果(n=30, 例)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	7	9	7	7	23(76.67)
观察组	10	14	5	1	29(96.67)
χ^2	-	-	-	-	5.192
P	-	-	-	-	0.023

表2 比较两组治疗前后湿疹严重程度(n=30, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	54.69±5.23	36.59±4.15
观察组	54.25±4.98	21.59±4.12
t	0.334	14.049
P	0.740	0.001

表3 两组不良情绪指标(n=30, 分)

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	48.54±2.54	32.34±2.65	50.47±2.43	36.53±1.24
观察组	49.25±2.57	28.23±2.07	50.73±2.56	32.54±1.43
t	1.076	6.695	0.403	11.546
P	0.286	0.001	0.688	0.001

表4 两组生活质量对比(n=26, 分)

组别	SF-36	
	治疗前	治疗后
对照组	63.43±5.35	74.43±6.53
观察组	63.84±5.46	82.58±5.67
t	0.294	5.162
P	0.770	0.001

表5 比较两组不良反应情况(n=30, 例)

组别	胃部不适	头晕、	恶心	心悸	总发生率(%)
对照组	1	0	1	0	2(6.67)
观察组	0	1	1	1	3(10.00)
χ^2	-	-	-	-	0.218
P	-	-	-	-	0.640

3 讨论

慢性湿疹是一种常见的皮肤病, 西医治疗慢性湿疹以抗炎、抗过敏为主, 但长期使用易产生耐药性及副作用。中医认为, 慢性湿疹的发生与风、湿、热等因素有关, 治疗应以祛风除湿、清热解毒为主^[11]。桂枝麻黄各半汤加减联合梅花针刺络放血疗法可有效调节气血、祛风除湿, 对于治疗慢性湿疹风寒证具有显著效果。桂枝麻黄各半汤加减方中麻黄、桂枝发汗解表, 宣肺平喘; 杏仁可降低肺部逆气, 辅助麻黄发挥止咳平喘的功效; 炙甘草则用于调和各种药物的药性。该方剂协同发挥作用, 以达到发汗、解除表证、宣通肺气、平息喘息的效果。根据患者的症状加减药物, 如风盛痒甚者加防风、荆芥; 湿盛渗出者加茯苓、泽泻; 血虚者加当归、白芍; 气虚者加黄芪、党参。梅花针刺络放血疗法通过刺激病变局部皮肤, 旨在改善局部血流, 畅通经络, 调理脏腑, 以实现治疗目标。同时, 拔罐可以促进局部瘀血吸收, 降低局部发炎细胞浸润, 提升局部组织营养供给, 有利于疾病的恢复^[12]。程亚慧^[13]学者研究表明, 慢性湿疹风寒证采用桂枝麻黄各半汤加减联合梅花针治疗, 治疗效果良好且安全。与本文研究结果一致。

本研究结果显示, 观察组的总有效率高于对照组($P<0.05$)。桂枝麻黄各半汤, 作为一种经典的中医药方, 其组方包含麻黄、桂枝, 并配伍杏仁与甘草等药材。其加减方可以针对慢性湿疹风寒证的具体情况进行个性化治疗。现代药理学研究也表明, 桂枝麻黄各半汤具有抗炎、抗过敏、镇痛等作用, 可以有效减轻湿疹的炎症反应, 改善症状^[14]。梅花针刺络放血疗法是一种传统的针灸疗法, 通过使用梅花针直接刺激病变部位, 促进局部血液循环, 缓解瘙痒、红肿等症状。这种疗法可以有效地针对慢性湿疹风寒证的病因和症状进行治疗, 从而取得更好的疗效。联合应用桂枝麻黄各半汤加减和梅花针刺络放血疗法可以更全面地针对慢性湿疹风寒证的病因和症状进行治疗。两种疗法联合应用, 能够更充分地发挥各自的治疗优势, 进而获得更高的整体疗效。两组患者的湿疹面积及严重程度指数均有所降低, 且观察组的湿疹面积及严重程度指数低于对照组($P<0.05$)。中医认为慢性湿疹的病因大多与体质因素、饮食失节、脾失健运、内蕴湿热, 或因病程日久耗伤阴血有关。此外, 若摄入过多肉类和易引起过敏的食物, 接触到刺激性物质, 或者受到外界潮湿环境的影响, 都可能引发慢性湿疹。在临床治疗中, 医生首先要辨别虚实。由于慢性湿疹的病程较长, 反复发作, 通常呈现出虚实交错的状态, 可能是脾虚导致湿气积聚, 或者是血虚引起风燥。因此, 治疗应以补脾祛湿和养血驱风为主。此外, 可以结合梅花针叩刺与放血拔罐技术的联合使用, 以提高治疗的效果。梅花针叩刺法通过对人体特定部位的刺激, 旨在实现身体调节与疾病治疗的目标。尽管叩刺的区域可能并非经典经穴, 然而, 由于其与十二经、十五别络及皮肤网络的相互关联, 刺激这些部位同样能够获得有效的治疗结果^[15]。梅花针可以通过疏通经络和气血, 促进血液循环, 从而达到治疗慢性湿疹的效果。桂枝麻黄各半汤加减方是一种传统的中药方剂, 用于治疗风寒证。其中, 麻黄、桂

枝等中药具有发汗解表、宣肺平喘的功效, 可以缓解湿疹引起的皮肤瘙痒和红肿等症状。白鲜皮、地肤子等中药则具有祛风止痒的作用, 可以减轻湿疹的瘙痒程度。因此, 桂枝麻黄各半汤加减方可能对湿疹的治疗具有一定的疗效。两种治疗方法联合应用产生了协同效果, 可能更有效地缓解湿疹的症状^[16]。治疗后, 观察组的不良情绪评分均低于对照组($P<0.05$)。桂枝麻黄各半汤加减方具有舒缓紧张和焦虑的作用。其中, 麻黄、桂枝等中药具有调节神经系统的作用, 可以帮助缓解焦虑和抑郁症状。同时, 中医认为“心主神明”, 即心理状态与心脏功能有关。加减方中的一些中药如桂枝、甘草等也有利于心脏功能的调节, 从而有助于缓解焦虑和抑郁症状。梅花针穴位放血疗法也可以调节神经系统, 缓解压力和紧张。通过刺激特定的穴位和经络, 可以调整气血、舒经活络、缓解疼痛等作用。对于湿疹患者, 梅花针穴位放血疗法可以促进局部血液循环, 缓解皮肤炎症和瘙痒等症状, 从而有助于减轻湿疹的病情。同时, 这种疗法也可以对神经系统产生一定的调节作用, 缓解焦虑和抑郁症状^[17]。观察组的生活质量评分高于对照组($P<0.05$)。桂枝麻黄各半汤加减联合梅花针刺络放血疗法不仅能有效改善湿疹症状, 还能提高患者的生活质量。这种疗法可能有助于缓解患者的生理痛苦、心理压力等, 从而使其在日常生活、工作和学习中表现得更加自信和积极。桂枝麻黄各半汤加减方是一种传统的中药方剂, 麻黄、桂枝等常用中药, 拥有发散风寒、舒张肺部以止咳平喘的作用, 可以缓解湿疹引起的皮肤瘙痒和红肿等症状。白鲜皮、地肤子等中药则具有祛风止痒的作用, 可以减轻湿疹的瘙痒程度。因此, 对湿疹的治疗具有一定的疗效, 从而有助于提高患者的生活质量。使用梅花针进行叩刺, 可以激发经络之气, 以此来协调气血, 疏通经络。同时, 现代研究显示其可增加皮肤营养、改善皮肤微循环、利于炎症代谢物的吸收、抑制介质的合成与释放等多种作用。通过疏通经络, 可以增强机体抵御外邪的能力, 使得正气恢复, 从而使湿疹患者能够逐渐恢复健康的皮肤。这种疗法可以促进局部血液循环, 缓解皮肤症状, 从而减轻病情。同时, 它还可以缓解患者的疼痛和不适感, 提高生活质量^[18]。两组的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。桂枝麻黄各半汤加减方和梅花针刺络放血疗法是传统的中医疗法, 都是在中医理论指导下, 经过长期临床实践和理论研究发展而来的。它们的历史悠久, 且在许多情况下被证明是有效的。通过多年的临床实践和研究, 桂枝麻黄各半汤加减方和梅花针刺络放血疗法的安全性和有效性已经得到了证实。这两种疗法在很多情况下都能有效地治疗疾病, 且不良反应相对较少。常规西医治疗虽然在一定程度上可以缓解症状, 但它们也常常伴随着一些不良反应。两种疗法在安全性方面没有明显优劣之分, 在选择治疗方法时, 应充分考虑其安全性和有效性, 同时也要注意不同疗法可能存在的不良反应。

综上所述, 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具有显著的临床疗效, 能明显改善患者的症状和生活质量, 且不良反应较少, 值得在临床推广应用。然而, 本研究仍存在一定的局限性, 如样本量较小, 未能进行长

期随访等,未来可进一步扩大样本量,延长观察时间,以更全面地评估该疗法的疗效和安全性。

参考文献

- [1]程亚慧,彭夏红,张艳晖,等.麻黄汤加减配合梅花针治疗慢性湿疹风寒证疗效观察[J].实用中医药杂志,2023,39(4):640-642.
- [2]田菲,张晓杰,苗春澍,等.小柴胡汤合五苓散治疗慢性湿疹疗效及对患者中医证候积分和焦虑、抑郁状态的影响[J].陕西中医,2023,44(6):738-741.
- [3]黄景妹,王萍,叶峻宏,等.双歧杆菌联合多磺酸黏多糖封包及地奈德乳膏治疗慢性湿疹的效果及对炎症因子和外周血T淋巴细胞亚群的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(1):100-106.
- [4]官国红.卡介菌多糖核酸穴位注射联合梅花针、艾灸治疗慢性湿疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2020,42(2):229-230.
- [5]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.
- [6]牟复美,廉凤霞.穴位埋线联合西药治疗慢性湿疹的临床观察[J].中国民间疗法,2023,31(19):55-58.
- [7]段斐洋,倪诚.从特禀和(或)湿热体质与血分湿热毒瘀论治慢性湿疹[J].安徽中医药大学学报,2023,42(5):27-29.
- [8]周茹,邓蓓蕾,杨轶淳,等.补脾胃泻阴火升阳汤治疗慢性湿疹脾虚湿蕴型疗效观察[J].实用中医药杂志,2023,39(9):1735-1737.
- [9]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.

- [10]陈丽,陈德,王静.复方甘草酸苷联合氮卓斯汀治疗老年慢性湿疹的临床疗效研究[J].中华保健医学杂志,2023,25(4):467-469.
- [11]田新科.消风散加减配合三棱针刺络治疗慢性湿疹疗效观察[J].实用中医药杂志,2023,39(7):1306-1308.
- [12]曾智文,林源洵,李蔓,等.针灸疗法治疗慢性湿疹的系统评价再评价[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(7):2843-2851.
- [13]程亚慧,彭夏红,张艳晖,等.麻黄汤加减配合梅花针治疗慢性湿疹风寒证疗效观察[J].实用中医药杂志,2023,39(4):640-642.
- [14]林海龙,林良才.基于数据挖掘技术探讨针灸治疗慢性湿疹的选穴规律[J].上海针灸杂志,2022,41(1):102-106.
- [15]吴华,孙永明.中西药联合治疗外耳道慢性湿疹的临床疗效及安全性[J].临床合理用药,2023,16(19):106-108.
- [16]汪凯.银屑胶囊联合盐酸西替利嗪口服溶液治疗慢性湿疹的效果及对皮肤屏障的影响[J].临床合理用药,2023,16(22):101-103.
- [17]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.
- [18]张晨,杨雪,李维达,等.姜黄素纳米乳温敏水凝胶的制备及其在慢性湿疹治疗中的应用[J].中国医药工业杂志,2023,54(6):909-918,926.

(收稿日期:2024-10-20)

(校对编辑:赵望淇)

(上接第163页)

本次研究在论证连续血液净化诊疗效果及安全性的基础上,扩展说明了连续血液净化治疗对严重脓毒症患儿免疫功能水平及炎症因子水平的影响。但该研究仍存在以下不足:研究中患儿数量较少,部分研究指标与同类型研究结果存在差异,后续研究可扩充研究数量加以论证;严重脓毒症为急危重症,疾病类型相对特殊,部分数据结果可能受疾病影响产生浮动从而导致最终结果出现误差,后续研究需进一步探讨分析。

综上所述,连续血液净化治疗临床诊疗效果较高且诊疗安全性高,此外,给予严重脓毒症患儿连续血液净化治疗可改善患儿预后恢复情况,提升患儿预后免疫功能水平,同时有助于降低患儿自身炎症因子水平。值得临床借鉴。

参考文献

- [1]关明镜,张凌.脓毒症相关急性肾损伤的体外血液净化治疗进展[J].中华医学杂志,2023,103(8):617-622.
- [2]白洪梅.脓毒症相关性脑病发病机制的研究进展[J].河北医科大学学报,2023,44(1):115-119.
- [3]祁雪颜,丁显飞,原阳阳,等.西维来司他钠治疗脓毒症患者的有效性和安全性研究[J].中华危重病急救医学,2023,35(1):51-55.
- [4]丛刘霞,杨荣利,刘思伯.连续血液净化治疗的容量评估进展[J].中华医学杂志,2020,100(23):1837-1840.
- [5]中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会,中华医学会急诊医学分会,中国医师协会急诊医师分会,等.中国脓毒症早期预防与阻断急诊专家共识[J].中国急救医学,2020,40(7):577-588.

- [6]中国医师协会重症医学医师分会儿科专家委员会,中华医学会儿科学分会急救学组,中华医学会急诊医学分会儿科学组.连续血液净化治疗儿童严重脓毒症的专家共识[J].中华儿科杂志,2012,50(9):678-681.
- [7]常宁,裴颖皓.生物钟节律和脓毒症交互作用关系的研究进展[J].浙江医学,2023,45(4):435-438,443.
- [8]陈文胜,刘文明.脓毒症诱发肝损伤的发病机制研究进展[J].江苏大学学报(医学版),2023,33(2):112-117.
- [9]常凯曦,李育霏,苏白海.脓毒症血液净化治疗技术临床研究现状[J].中华急诊医学杂志,2023,32(3):291-297.
- [10]郭俊,郭凤梅.脓毒症相关急性肾损伤生物标志物及分子机制的研究进展[J].中华急诊医学杂志,2023,32(2):269-274.
- [11]张卉,吴瑶,姚咏明.提高对脓毒症免疫栓发生机制和干预策略的认识[J].中华急诊医学杂志,2023,32(2):137-141.
- [12]林勇,彭静君,李颖,等.连续血液净化治疗小儿严重脓毒症临床疗效及对细胞免疫功能的影响[J].中国感染控制杂志,2019,18(4):314-319.
- [13]张小明,蒲洁华.不同剂量甲泼尼龙对严重脓毒症患儿的免疫功能及炎症因子指标的影响分析[J].检验医学与临床,2020,17(19):2865-2867.
- [14]任丽丽,吴丹,刘胜阳.连续性血液净化治疗糖尿病肾病患者的疗效及对血清脂肪因子和免疫炎症反应的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2022,23(1):70-73.
- [15]苏秦,高进,付俊鲜,等.血流动力学指标和IL-6在脓毒症肾损伤患儿中的表达及其与免疫指标的相关性[J].中国免疫学杂志,2020,36(10):1235-1239.
- [16]陈凯.连续性血液净化联合百令胶囊治疗重度烧伤脓毒症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2020,29(19):2124-2127.

(收稿日期:2023-06-18)

(校对编辑:赵望淇)