DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20250396

· 短篇论著 ·

张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪治疗慢性自发性荨麻疹的随机对照试验

张静灏[1]，李中伟[2*]，魏强华[3]，张　弘[2]
1. 上海交通大学医学院附属瑞金医院卢湾分院中医科，上海 200020
2. 上海交通大学医学院附属瑞金医院伤科，上海 200025
3. 上海交通大学医学院附属第一人民医院中医科，上海 200080

［摘要］ **目的** 观察张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪治疗慢性自发性荨麻疹的临床疗效及对炎症反应和免疫功能的影响。**方法** 将符合纳入标准的 64 例慢性自发性荨麻疹患者随机分为两组，每组 32 例。试验组接受张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪治疗，对照组接受盐酸西替利嗪单药治疗。治疗 4 周后，依据《中国荨麻疹诊疗指南（2018 版）》评估两组患者的临床疗效并计算总有效率［（显效患者的例数＋有效患者的例数）/ 总患者例数 ×100%］，通过荨麻疹控制评分量表（UCT）和荨麻疹活动度评分量表分别评估疾病控制情况和活动度，并比较两组患者血清学指标（总 IgE、CRP、嗜酸性粒细胞比例、补体 C3、补体 C4）及外周血 T 淋巴细胞亚群（$CD4^+$、$CD8^+$和 $CD4^+/CD8^+$）水平。随访 6 个月，统计两组显效和有效患者的复发情况。**结果** 共 60 例患者纳入最终结果统计，试验组治疗总有效率为 93.33%（28/30），对照组治疗总有效率为 66.67%（20/30），试验组治疗总有效率高于对照组（P=0.023）。治疗后，两组 UCT 评分均高于治疗前、UAS 评分均低于治疗前（均 P<0.001），且试验组治疗后 UCT 评分高于对照组、UAS 评分低于对照组（P<0.001）。治疗后，试验组 CRP 水平较治疗前下降、对照组 CRP 水平较治疗前升高（均 P<0.05），且试验组治疗后 CRP 水平低于对照组（P<0.001）；治疗后两组血清总 IgE 水平、嗜酸性粒细胞比例、补体 C3、补体 C4、$CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$水平较治疗前均无明显变化，且组间比较差异无统计学意义（均 P>0.05）。随访 6 个月，试验组复发率（3.57%，1/28）低于对照组（45.00%，9/20），差异有统计学意义（P<0.05）。**结论** 针对慢性自发性荨麻疹患者，张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪临床疗效优于单用盐酸西替利嗪，能够降低 CRP 水平，且复发率低。

［关键词］ 张氏挑割疗法；盐酸西替利嗪；慢性自发性荨麻疹；临床疗效；复发率
［引用本文］ 张静灏，李中伟，魏强华，等. 张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪治疗慢性自发性荨麻疹的随机对照试验[J]. 海军军医大学学报，2026，47(3)：408-413. DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20250396.

Zhang's cutting therapy combined with cetirizine hydrochloride for chronic spontaneous urticaria: a randomized controlled trial

ZHANG Jinghao[1], LI Zhongwei[2*], WEI Qianghua[3], ZHANG Hong[2]
1. Department of Traditional Chinese Medicine, Luwan Branch of Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200020, China
2. Department of Trauma, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China
3. Department of Traditional Chinese Medicine, Shanghai General Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200080, China

［**Abstract**］ **Objective** To observe the clinical efficacy of Zhang's cutting therapy combined with cetirizine hydrochloride in treating chronic spontaneous urticaria (CSU) and its impacts on inflammatory response and immune function. **Methods** Sixty-four patients with CSU who met the inclusion criteria were randomly assigned to 2 groups, with 32 cases in each group. The trial group received Zhang's cutting therapy combined with cetirizine hydrochloride, while the control group received cetirizine hydrochloride monotherapy. After 4 weeks of treatment, the clinical efficacy was assessed according to the *Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of urticaria* (*2018 edition*), and the overall response rate was calculated

［收稿日期］ 2025-06-19　［接受日期］ 2026-02-07
［基金项目］ 上海市黄浦区卫生健康委员会资助项目（HZM202101）. Supported by Project of Health Commission of Shanghai Huangpu District (HZM202101).
［作者简介］ 张静灏，硕士，主治医师. E-mail: zhangjh182@126.com
*通信作者（Corresponding author）. E-mail: sklizhongwei@126.com

(［number of markedly improved patients＋number of effective patients］/total number of patients×100%). Disease control and activity were evaluated using the urticaria control test (UCT) and urticaria activity score (UAS), respectively. Serum levels of total immunoglobulin (Ig)E, C reactive protein (CRP), eosinophil percentage, complements 3 and 4 (C3 and C4), and peripheral blood T lymphocyte subsets ($CD4^+$, $CD8^+$ and $CD4^+/CD8^+$) were compared between the 2 groups. Patients were followed up for 6 months to document recurrence among those with marked improvement or effective response. **Results** A total of 60 patients were included in the final analysis. The overall response rate was 93.33% (28/30) in the trial group and 66.67% (20/30) in the control group, with the trial group showing a significantly higher response rate than the control group ($P=0.023$). After treatment, UCT scores increased and UAS scores decreased in both groups compared with baseline (both $P<0.001$), with the trial group showing higher UCT scores and lower UAS scores than the control group post-treatment (both $P<0.001$). CRP levels decreased in the trial group but increased in the control group compared with baseline (both $P<0.05$), and post-treatment CRP levels were lower in the trial group than in the control group ($P<0.001$). No significant changes were observed in serum total IgE levels, eosinophil percentage, C3, C4, $CD4^+$, and $CD4^+/CD8^+$ in either group after treatment, with no significant between-group differences (all $P>0.05$). During the 6-month follow-up, the recurrence rate was significantly lower in the trial group than in the control group (3.57% ［1/28］ vs 45.00% ［9/20］, $P<0.05$). **Conclusion** For patients with CSU, Zhang's cutting therapy combined with cetirizine hydrochloride demonstrates superior clinical efficacy to cetirizine hydrochloride monotherapy by reducing CRP levels and achieving a lower recurrence rate.

［**Key words**］ Zhang's cutting therapy; cetirizine hydrochloride; chronic spontaneous urticaria; clinical efficacy; recurrence rate

［**Citation**］ ZHANG J, LI Z, WEI Q, et al. Zhang's cutting therapy combined with cetirizine hydrochloride for chronic spontaneous urticaria: a randomized controlled trial[J]. Acad J Naval Med Univ, 2026, 47(3): 408-413. DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20250396.

慢性自发性荨麻疹（chronic spontaneous urticaria，CSU）是临床上常见的皮肤病，其临床症状主要表现为风团、瘙痒、红肿等，严重者可能出现生命危险，发病以中老年女性居多[1]；症状可以持续数月至数年，难以治愈[2-3]。CSU是一种以肥大细胞活化、组胺释放为核心机制的慢性瘙痒性皮肤疾病，其发病过程涉及免疫异常、遗传因素及个人体质等多种因素[4]。目前治疗CSU的西药一般以抗组胺药物、激素类药物等为主，常用药物如盐酸西替利嗪等，短期疗效较好，但病情加重时需增加药量或联合用药，且停药后极易复发[5]。挑割疗法是祖国医学的独特疗法之一，具有方法简便、价格低廉、疗效显著等特点。张氏挑割疗法是上海名老中医张少堂先生家传的独特疗法[6]，临床上主要用于治疗呼吸、消化、皮肤系统等疾病，其疗效得到临床证实和肯定。本研究通过随机对照试验，探讨张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪治疗CSU的疗效。

1　资料和方法

1.1　研究对象　纳入2023年2月至2024年4月于上海交通大学医学院附属瑞金医院卢湾分院中医科就诊的64例明确诊断为CSU的患者为研究对象。诊断标准：（1）西医诊断参照《中国荨麻疹诊疗指南（2018版）》中CSU的诊断标准[7]；（2）中医诊断参照《瘾疹（荨麻疹）中医治疗专家共识》[8]。纳入标准：（1）符合上述西医及中医CSU诊断标准；（2）年龄18～65岁；（3）患者同意参与本研究并签署知情同意书。排除标准：（1）对本研究治疗药物有过敏史者；（2）入组前2周曾内服激素类、免疫抑制剂类等药物者；（3）备孕、哺乳期或妊娠期的妇女；（4）患有恶性肿瘤、严重糖尿病、肝肾功能不全、精神疾病，或有明显出血倾向的患者；（5）因C1酯酶抑制物缺陷、荨麻疹性血管炎或其他严重疾病引起的荨麻疹样反应者；（6）瘢痕体质患者；（7）曾同时参与其他临床试验且不满2个月者。剔除标准：（1）患者因自身原因退出研究；（2）自行使用其他治疗慢性荨麻疹的药物。

根据上述标准共纳入CSU患者64例，根据随机数字表法分为试验组和对照组，每组32例。试验组1例患者退出治疗，1例资料记录不详，最终共30例纳入统计分析（脱落率为6.25%），其中男2例、女28例，年龄21～65（46.07±10.20）岁，病程2～15（7.43±3.42）年；对照组2例患

者退出治疗，最终共30例纳入统计分析（脱落率为6.25%），其中男2例、女28例，年龄18～62（44.20±11.74）岁，病程1～15（7.33±3.40）年。两组一般资料比较差异无统计学意义（P＞0.05）。患者均曾在其他医院接受过药物等治疗。本研究获得上海交通大学医学院附属瑞金医院卢湾分院伦理委员会批准（LWEC2022007），所有患者在纳入前均已签署知情同意书。

1.2　治疗方法　对照组：口服盐酸西替利嗪片（成都利尔药业有限公司，批准文号：国药准字H20020250），每次10 mg、每天1次口服，4周为1个疗程。试验组：在对照组治疗方案的基础上，同时给予张氏挑割疗法。步骤：嘱患者坐位，取双手手掌大鱼际鱼际穴（位于手掌外侧，拇指根部肌肉最隆起处）。医者先在患者双手大鱼际处轻按压痛最明显处作一标记。局部皮肤常规消毒后，术者戴无菌手套，先将无菌手术刀片（规格：15）安装于无菌手术刀柄上，左手拇指轻按压于穴位处皮肤，右手持一次性无菌手术刀对准穴位垂直、快速刺入皮下深约2 mm，沿皮纹作浅表割开，挤出黄白色脂状物，剪去2～3 mm脂状物后以创口贴包扎创口，按压30 min严密止血后用胶布固定。术后患者需留院观察30 min，以确保无任何不适感为宜，并嘱患者3 d内避免沾水，注意休息，避免剧烈运动和提拿重物，以免影响恢复，同时避免摄入海鲜、羊肉、韭菜、菌菇等发物[6]。每周1次，4周为1个疗程。两组治疗期间均需保持皮肤清洁，注意饮食，禁止用手搔抓皮肤，保持良好的生活方式。

1.3　观察指标　（1）治疗4周后，依据《中国荨麻疹诊疗指南（2018版）》[7]评估临床疗效。显效：患者瘙痒、风团症状基本消失，皮肤划痕试验阴性，生活质量提高，发作次数明显减少；有效：患者皮肤瘙痒症状减轻，风团数量减少，风团缩小，病情稳定，生活质量改善，发作次数减少；无效：患者瘙痒症状无改善或加重。总有效率（%）＝（显效患者的例数＋有效患者的例数）/总患者例数×100%。（2）分别于治疗前及治疗4周后，通过量表评估疾病控制和活动情况。荨麻疹控制评分量表（urticaria control test，UCT）[9]共4个条目，每个条目按0、1、2、3、4计分，总分为0～16分，分数越高表示控制越好。荨麻疹活动度评分量表（urticaria activity score，UAS）[10]共2个条目，每个条目评分为0～3分，于最近7 d记录每天的UAS评分并相加得到总分，总分为0～42分，分值越高表示病情越重。（3）分别于治疗前及治疗4周后，采集患者静脉血5 mL，采用Beckman AU5800型全自动生化分析仪检测血清CRP、补体C3、补体C4、嗜酸性粒细胞比例、总IgE水平，采用流式细胞术检测外周血T淋巴细胞亚群（$CD4^+$、$CD8^+$和$CD4^+/CD8^+$）水平。（4）治疗期间，观察不良反应发生情况。（5）随访6个月，统计复发（红色风团、瘙痒症状再次出现）例数。复发率（%）＝复发患者例数/（显效患者例数＋有效例数）×100%。

1.4　统计学处理　应用SPSS 28.0软件进行统计学分析。呈正态分布的计量资料以$\bar{x}\pm s$表示，组内比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验；非正态分布的计量资料以M（Q_1，Q_3）表示，组间比较采用Mann-Whitney U检验，组内比较采用Wilcoxon符号秩检验。计数资料以例数和百分数表示，组间比较采用χ^2检验。检验水准（α）为0.05。

2　结　果

2.1　临床疗效　治疗4周后，试验组显效21例、有效7例、无效2例，总有效率为93.33%（28/30）；对照组显效16例、有效4例、无效10例，总有效率为66.67%（20/30）。相较于对照组，试验组总有效率升高（χ^2＝5.104，P＝0.023），展现出更优的临床疗效。

2.2　UCT、UAS评分　治疗前，试验组和对照组患者UCT、UAS评分差异均无统计学意义（均P＞0.05）。治疗4周后，两组UCT评分均高于治疗前、UAS评分均低于治疗前（均P＜0.001），且试验组治疗后UCT评分高于对照组、UAS评分低于对照组（P＜0.001）。见表1。

2.3　炎症、免疫相关指标　治疗前，试验组和对照组炎症、免疫相关指标差异均无统计学意义（均P＞0.05）。治疗4周后，试验组血清CRP水平较治疗前下降、对照组血清CRP水平较治疗前升高（均P＜0.05），且试验组治疗后CRP水平低于对照组（P＜0.001）；治疗后两组血清总IgE水平、嗜酸性粒细胞比例、C3、C4、$CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$水平较治疗前均无明显变化，且组间比较差异无统计学意义（均P＞0.05）。见表2。

表1　试验组和对照组CSU患者治疗前后UCT、UAS评分比较

n=30, M（Q_1, Q_3）

组别	UCT评分/分				UAS评分/分			
	治疗前	治疗后	W值	P值	治疗前	治疗后	W值	P值
试验组	3 (2, 3)	15 (15, 15)	0	＜0.001	12 (11, 14)	0 (0, 0)	900	＜0.001
对照组	3 (2, 3)	11 (10, 12)	0	＜0.001	12 (11, 14)	3 (2, 3)	900	＜0.001
W值	436	868			453	92.5		
P值	0.823	＜0.001			0.972	＜0.001		

试验组接受张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪治疗，对照组接受盐酸西替利嗪单药治疗. CSU：慢性自发性荨麻疹；UCT：荨麻疹控制评分量表；UAS：荨麻疹活动度评分量表.

表2　试验组和对照组CSU患者治疗前后炎症、免疫相关指标比较

n=30

指标	组别	治疗前	治疗后	统计值	P值
CRP/(mg•L^{-1}), $\bar{x}\pm s$	试验组	82.7±28.0	64.1±32.6	t=3.084	0.002
	对照组	75.9±28.8	87.9±25.3	t=－2.109	0.022
	统计值	t=0.927	t=－3.149		
	P值	0.179	0.001		
补体C3/(mg•L^{-1}), $\bar{x}\pm s$	试验组	950.7±229.4	943.0±233.2	t=0.228	0.410
	对照组	892.7±192.0	876.3±202.0	t=0.513	0.306
	统计值	t=1.062	t=1.183		
	P值	0.146	0.121		
补体C4/(mg•L^{-1}), $\bar{x}\pm s$	试验组	216.7±58.5	216.3±70.8	t=0.037	0.485
	对照组	205.3±61.7	200.3±63.9	t=0.495	0.312
	统计值	t=0.730	t=0.918		
	P值	0.234	0.181		
CD4$^+$ T淋巴细胞/%, $\bar{x}\pm s$	试验组	40.87±6.79	41.50±7.06	t=－1.027	0.157
	对照组	41.20±6.38	41.24±7.52	t=－0.048	0.481
	统计值	t=－0.194	t=0.136		
	P值	0.423	0.446		
CD8$^+$ T淋巴细胞/%, $\bar{x}\pm s$	试验组	26.74±6.56	26.52±6.97	t=0.608	0.274
	对照组	27.95±7.40	26.37±7.04	t=2.756	0.005
	统计值	t=－0.668	t=0.087		
	P值	0.253	0.466		
CD4$^+$/CD8$^+$ T淋巴细胞比值, $\bar{x}\pm s$	试验组	1.65±0.59	1.70±0.61	t=－1.206	0.119
	对照组	1.60±0.58	1.70±0.64	t=－1.687	0.051
	统计值	t=0.293	t=－0.012		
	P值	0.385	0.495		
嗜酸性粒细胞比例, M (Q_1, Q_3)	试验组	0.017 (0.014, 0.027)	0.019 (0.014, 0.026)	W=445.5	0.954
	对照组	0.015 (0.007, 0.032)	0.019 (0.011, 0.031)	W=449.5	0.999
	统计值	W=428	W=442		
	P值	0.752	0.921		
总IgE/(IU•mL^{-1}), M (Q_1, Q_3)	试验组	52.85 (17.32, 99.45)	54.75 (11.62, 191)	W=448	0.984
	对照组	59.3 (18.7, 106.95)	61.7 (14.1, 106)	W=420	0.668
	统计值	W=508	W=471		
	P值	0.404	0.766		

试验组接受张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪治疗，对照组接受盐酸西替利嗪单药治疗. CSU：慢性自发性荨麻疹；CRP：C反应蛋白；IgE：免疫球蛋白E.

2.4　复发率　治疗后随访6个月，两组有效回访均为100.00%。试验组显效和有效的28例患者中复发1例，复发率为3.57%（1/28）；对照组显效和有效的20例患者中复发9例，复发率为45.00%（9/20）。试验组复发率低于对照组，差异有统计学意义（χ^2=9.758，P＜0.05）。

2.5　安全性评价　治疗期间，试验组有1例患者出现轻度眩晕，其余患者均无晕针刀等不良反应，挑割治疗点亦无血肿、感染等。

3　讨　论

CSU具有反复发作、病程长等特点，严重影响患者的身心健康[11]。慢性荨麻疹的发病机制复杂[4,12]，治疗十分棘手[13]。西医认为免疫功能紊乱、心理

状态异常等诸多因素与慢性荨麻疹的发病有关[14]。研究表明，肥大细胞等多种因素可通过促进炎症细胞因子释放、扰乱血清组胺水平，激活感觉神经等途径，引起变态反应和炎症，从而诱发荨麻疹[15]。而炎症和免疫反应则全程参与慢性荨麻疹的发生和发展[16]。临床上治疗慢性荨麻疹以祛除发病原因、抗过敏等为主，选用抗组胺、糖皮质激素、免疫抑制类药物等，其中盐酸西替利嗪等第2代抗组胺药应用最为广泛。但临床实践中发现，长期单一使用此类药物易出现疗效下降、产生耐药性，且病情易反复，难以达到长期稳定控制。因此，探寻安全、有效、更为合理的优化治疗方案，对改善慢性荨麻疹患者预后具有重要意义。

中医学认为CSU多有虚实夹杂，脏腑气血不足，腠理不密[17]。荨麻疹发于皮肤腠理之浅表，因邪气与卫气相传于皮肤之间而发为瘙痒，属于中医学“瘾疹”等范畴[18]。《医宗金鉴·外科心法》载“此证俗名鬼饭疙瘩，由汗出受风，或露卧乘凉，风邪多中表虚之人”[19]。中医学认为肺主皮毛，肺为娇脏，瘾疹发于皮肤，故本病与肺脏的联系最为直接[20]。根据中医整体辨证论治，肺是连接皮毛等关系的桥梁，皮毛与肺存在多层次、复杂密切的联系，相互之间产生了复杂的生理功能[21]。挑割疗法是中医特色传统外治法，最早见于马王堆古医书中，该法在一定的穴位或部位上采用特定操作方法，并在局部施行刺激，有疏通经络、调理气血、调节脏腑的作用[22]，具备简、便、廉、效之特点，至今在许多地方广泛使用[23]。而张氏挑割疗法的操作穴位正位于双手鱼际穴（手太阴肺经的荥穴），在鱼际穴进行挑割可治疗多种皮肤病、胃肠道疾病、儿科疾病等。挑割鱼际穴通过刺激经络传导调整脏腑生理反应，调节人体气血，激发机体的抗病能力[24-25]。

本研究发现，张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪（试验组）治疗CSU的总有效率为93.33%（28/30），高于盐酸西替利嗪单药治疗组（对照组）的66.67%（20/30）（$P<0.05$）；两组UCT评分均高于治疗前（均$P<0.001$）、UAS评分均低于治疗前（均$P<0.001$），且试验组治疗后UCT评分高于对照组、UAS评分低于对照组（均$P<0.001$）。随访结果显示试验组的复发率低于对照组[3.57%（1/28） vs 45.00%（9/20），$P<0.05$]，表明张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪可有效控制CSU症状，缓解瘙痒，减轻皮损。治疗期间，试验组有1例患者出现轻度眩晕，其余患者均无晕针刀等不良反应，挑割治疗点亦无血肿、感染等，表明张氏挑割疗法安全性较高。

机体免疫失衡引起的炎症反应和过敏反应是慢性荨麻疹的重要致病机制[26]。有研究发现，荨麻疹患者的CRP水平升高，同时CRP水平与疾病活动性关系密切[27]。CRP是炎症反应时肝细胞合成的非特异性急性期蛋白质[28]，它与补体和巨噬细胞等结合吞噬病原体，其半衰期很短，一旦炎症消退会迅速减少[29]。作为一种敏感的炎症标志物，CRP在炎症反应和免疫调节中发挥重要作用[30]。本研究结果显示试验组治疗后的血清CRP水平低于治疗前（$P<0.05$），而对照组治疗后的血清CRP水平高于治疗前（$P<0.05$），且试验组治疗后的CRP水平低于对照组（$P<0.001$），提示张氏挑割疗法可能通过调节患者体内炎症水平从而缓解瘙痒、皮损等临床症状。

综上所述，CSU采用张氏挑割疗法联合盐酸西替利嗪的治疗效果显著，且操作简单，安全性和耐受性良好，是临床上可优化选择的一种中西医结合疗法。但本研究的病例数较少，观察时间短，且未纳入氧化应激指标等临床特征，今后将扩大样本量，开展多中心、大样本的临床随机对照研究，以减少误差，提高结论的可靠性。张氏挑割疗法已入选上海市黄浦区第十二批非物质文化遗产，其疗效可能源于多靶点多重调节，包括神经反射、免疫调节等，通过局部刺激激发机体自我修复潜能。后续工作将完善对张氏挑割疗法治疗CSU的炎症和免疫反应机制的研究与探讨，为张氏挑割疗法的作用机制提供科学的理论依据。

[参 考 文 献]

[1] 曲圣元，肖战说，高德强，等. 柔肝养阴、潜阳息风法治疗慢性荨麻疹的应用分析[J]. 湖南中医药大学学报，2022，42(12)：2101-2104. DOI: 10.3969/j.issn.1674-070X.2022.12.024.

[2] 杨术生，董争华，周爱萍，等. 成人急、慢性荨麻疹血清过敏原特异性IgE的比较分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2023，22(4)：307-310. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0709.2023.04.003.

[3] 王海英. 当归四逆加吴萸生姜汤联合盐酸西替利嗪治疗慢性荨麻疹患者临床效果[J]. 中国医药指南，2025，23(11)：148-150. DOI: 10.15912/j.issn.1671-

8194.2025.11.044.
[4] MCSWEENEY S M, CHRISTOU E A A, MAURER M, et al. Physical urticaria: clinical features, pathogenesis, diagnostic work-up, and management[J]. J Am Acad Dermatol, 2023, 89(2): 324-337. DOI: 10.1016/j.jaad.2023.02.062.
[5] 董婷婷，宋业强. 宋业强治疗慢性荨麻疹用药经验[J]. 山东中医杂志，2021，40(5)：502-506. DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2021.05.011.
[6] 张少堂，程绍典，李守仁，等. 割治疗法治疗小儿疳症(营养不良症)500例临床疗效观察[J]. 上海中医药杂志，1962(3)：7-9，16. DOI: 10.16305/j.1007-1334.1962.03.002.
[7] 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心. 中国荨麻疹诊疗指南(2018版)[J]. 中华皮肤科杂志，2019，52(1)：1-5. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2019.01.001.
[8] 中华中医药学会皮肤科分会. 瘾疹(荨麻疹)中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2017，16(3)：274-275. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0709.2017.03.033.
[9] 于淼，陈玉迪，刘擘，等. 中文版荨麻疹控制评分量表及信效度验证[J]. 中华皮肤科杂志，2020，53(7)：533-538. DOI: 10.35541/cjd.20191190.
[10] HOLLIS K, PROCTOR C, MCBRIDE D, et al. Comparison of urticaria activity score over 7 days (UAS7) values obtained from once-daily and twice-daily versions: results from the ASSURE-CSU study[J]. Am J Clin Dermatol, 2018, 19(2): 267-274. DOI: 10.1007/s40257-017-0331-8.
[11] 吴盟. 灭荨汤结合穴位埋线对慢性荨麻疹血虚风燥证患者免疫指标的影响[J]. 皮肤病与性病，2021，43(2)：232-233. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.02.035.
[12] LANG D M. Chronic urticaria[J]. N Engl J Med, 2022, 387(9): 824-831. DOI: 10.1056/nejmra2120166.
[13] 刘春保. 从《内经》之“和”思辨慢性荨麻疹之治[J]. 中医药导报，2018，24(10)：123-125. DOI: 10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2018.10.037.
[14] 刘丛林，张伟，孙琦巍，等. 百癣夏塔热胶囊联合地氯雷他定治疗慢性荨麻疹的效果[J]. 河南医学研究，2025，34(9)：1694-1697. DOI: 10.3969/j.issn.1004-437X.2025.09.037.
[15] SIISKONEN H, HARVIMA I. Mast cells and sensory nerves contribute to neurogenic inflammation and pruritus in chronic skin inflammation[J]. Front Cell Neurosci, 2019, 13: 422. DOI: 10.3389/fncel.2019.00422.
[16] 宋晓婷，于淼，刘擘，等. 慢性自发性荨麻疹的治疗[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志，2021，15(6)：677-683. DOI: 10.3969/j.issn.1673-8705.2021.06.013.
[17] 杨洁，刘琪，王艳君，等. 从脏腑论治慢性荨麻疹研究概述[J]. 山东中医杂志，2021，40(1)：100-104. DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2021.01.020.
[18] 宋玮，江凤，高秀花. 应用桂枝类方治疗皮肤病验案举隅[J]. 山东中医杂志，2020，39(6)：632-634. DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2020.06.020.
[19] 乐元，杨琳琳，熊述清，等. 禤国维教授应用五指毛桃治疗皮肤病的经验[J]. 中医药导报，2021，27(10)：171-173. DOI: 10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2021.10.034.
[20] 刘琪，杨洁，苏梦，等. 特色针法治疗慢性荨麻疹临床研究进展[J]. 针灸临床杂志，2020，36(1)：87-91. DOI: 10.3969/j.issn.1005-0779.2020.01.023.
[21] 吴明明，张福鹏，王建青. 基于“皮-肺-肠”轴理论中药保留灌肠治疗变态反应性皮肤病[J]. 吉林中医药，2025，45(1)：72-75. DOI: 10.13463/j.cnki.jlzyy.2025.01.018.
[22] 吴濛潇，蒋路云，张勤修，等. 中医割治疗法研究进展[J]. 亚太传统医药，2020，16(12)：212-215. DOI: 10.11954/ytctyy.202012064.
[23] 赵西敏，郭瑞，毕萌. 近十年割治法的临床应用[J]. 中医药导报，2019，25(7)：130-132. DOI: 10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2019.07.030.
[24] 胡顺琴，施可器. 割治疗法配合饮食调护治疗小儿疳积50例临床观察[J]. 中医儿科杂志，2017，13(3)：71-73. DOI: 10.16840/j.issn1673-4297.2017.03.23.
[25] 毛文洪，楊增清. 手部割治疗法治疗1 500例的疗效比较研究[J]. 中医杂志，1964(8)：18-23. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.1964.08.010.
[26] 徐小英，钟明红，王霞. 依匹斯汀胶囊联合穴位自血疗法治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 中国处方药，2024，22(12)：138-141. DOI: 10.3969/j.issn.1671-945X.2024.12.039.
[27] 石娴，石年，黄朝卫，等. 慢性自发性荨麻疹患者外周血CRP水平与疾病严重程度及第二代抗组胺药物治疗效果的关系[J]. 医学理论与实践，2018，31(14)：2130-2131. DOI: 10.19381/j.issn.1001-7585.2018.14.042.
[28] 郭宏溪，杨俊，卞红强，等. 儿童急性非单纯性阑尾炎发病危险因素分析及预测模型的建立[J]. 海军军医大学学报，2024，45(7)：851-857. DOI: 10.16781/j.CN31-2187/R.20210683.
[29] DYER E M, WATERFIELD T, BAYNES H. How to use C-reactive protein[J]. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2019, 104(3): 150-153. DOI: 10.1136/archdischild-2018-315079.
[30] 曹玉梅. 血清C反应蛋白、白细胞计数与慢性荨麻疹患者病情变化的相关性[J]. 大医生，2025，10(20)：48-50. DOI: 10.3969/j.issn.2096-2665.2025.20.014.

[本文编辑]　孙　岩