

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.03.010

三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹 36 例临床观察

徐平, 马欣, 丁佩军✉

上海中医药大学附属曙光医院, 上海市浦东新区张衡路 528 号, 201203

[摘要] 目的 观察三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹的临床疗效及安全性。方法 将 72 例湿热浸淫型急性湿疹患者随机分为治疗组和对照组各 36 例。两组患者均外用 3% 硼酸洗液, 治疗组再给予三黄理湿方口服, 每日 1 剂; 对照组再给予西替利嗪片口服, 每日 10 mg, 晚餐时口服, 两组均治疗 2 周。比较两组患者治疗前后湿疹面积及严重度指数评分 (EASI 评分)、瘙痒时间占夜间睡眠的百分比 (PIT 值)、瘙痒程度视觉模拟评分 (VAS 评分)、中医证候评分及外周血白细胞介素-4 (IL-4) 水平、嗜酸性粒细胞计数 (EOS)。治疗后评价临床疗效, 比较两组愈显患者治疗结束 1 个月后的复发率, 并观察不良反应。结果 治疗组 EASI 评分、PIT 值、VAS 评分和中医证候评分, 血清 IL-4 和 EOS 水平均明显低于治疗前 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。与对照组比较, 治疗组 EASI 评分、PIT 值和中医证候评分均较治疗前下降更明显 ($P < 0.01$), EOS 较治疗前下降优于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组愈显率 (47.2%) 优于对照组 (19.4%, $P < 0.05$); 治疗组 17 例愈显患者中有 3 例出现复发, 对照组 7 例愈显患者中有 5 例出现复发。两组均无明显不良反应。结论 口服三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹疗效明显, 可有效减少炎症反应, 改善患者中医症状。

[关键词] 急性湿疹; 三黄理湿方; 湿热浸淫型; 炎症反应

湿疹是一种炎症性皮肤病, 病因多样, 大多认为与免疫功能异常及外界不良刺激诱导有关^[1]。急性湿疹的皮疹呈多样性, 临床表现为红斑、丘疹、水疱、糜烂渗出等多形损害, 伴有剧烈瘙痒, 易反复发作。在血清检测中常可观察到嗜酸性粒细胞 (EOS) 水平的升高和白细胞介素 4 (IL-4) 水平的上升^[2]。中医学认为, 急性湿疹多以湿热为主, 治疗以清热利湿为要。三黄理湿方为已故上海市名中医孙世道教授治疗湿热浸淫型急性湿疹的验方, 具有清热解毒、除湿止痒功效。本研究观察三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹的临床疗效及安全性, 现报告如下。本研究经上海中医药大学附属曙光医院伦理委员会审查通过 (批件号: 2020-812-19-01)。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

西医诊断标准: 参照《中国临床皮肤病学》^[3]

中急性湿疹的诊断标准: 急性病程, 皮损呈多形性损害, 可见密集的粟粒状丘疹、丘疱疹或小水疱, 基底潮红, 由于搔抓后可出现明显渗出及糜烂面, 中心病变较重, 逐渐向周围蔓延, 边界不清, 伴瘙痒不休, 有复发倾向。

中医诊断及辨证标准: 参照《湿疹 (湿疮) 中医诊疗专家共识 (2016 年)》^[4] 中急性湿疹 (湿热浸淫型) 的诊断标准, 即急性病程, 皮损潮红, 多见丘疹、丘疱疹、水疱, 皮肤灼热, 瘙痒剧烈, 抓破后糜烂、渗出, 可伴心烦, 口渴, 尿黄, 便干, 舌质红, 苔黄腻, 脉滑, 需均具备。

1.2 纳入标准

1) 符合上述诊断及辨证标准; 2) 年龄 18 ~ 75 岁; 3) 病情严重程度分级^[5] 为轻、中度 [湿疹面积及严重度指数评分 (EASI 评分)^[6] < 23 分]; 4) 入组前 2 周内未使用过相关治疗药物, 如系统使用糖皮质激素或/和抗组胺药物; 外用糖皮质激素或/和中药汤剂或/和中成药; 5) 患者自愿参加本研究并签署知情同意书。

基金项目: 上海市卫生和计划生育委员会、上海市中医药发展办公室上海市海派中医流派传承人才培养项目 (LPRC2017041); 上海市卫生和计划生育委员会科研课题 (20184Y0020)

✉ 通讯作者: ding_peijun@hotmail.com

1.3 排除标准

1) 对本研究药物过敏; 2) 合并其他干扰试验结果的皮肤病(如神经性皮炎、脂溢性皮炎、多形性日光疹等); 3) 合并有心血管、脑血管、肝、肾及内分泌系统、造血系统等严重原发性疾病, 精神病; 4) 从事高空作业、机械作业、操作精密仪器; 5) 妊娠及哺乳期妇女; 6) 入组前 1 个月内参加了其他药物临床试验。

1.4 剔除标准

1) 在研究过程中依从性差, 未按试验设计方法用药, 或为加快疗效, 擅自加用其他治疗方法(如加用口服或外用药物、物理治疗方法等); 2) 在研究过程中参与其他相关治疗研究, 影响疗效判定者; 3) 因病例资料不完整及影响安全性判断者。

1.5 脱落标准

1) 研究过程中出现严重不良反应或安全性事件导致停药, 或原有病情加重, 经研究者判定不宜继续接受治疗者; 2) 受试者主动退出试验; 3) 失访。

1.6 一般资料

收集 2020 年 1 月 1 日至 12 月 31 日在上海中医药大学附属曙光医院皮肤科门诊确诊为湿热浸淫型急性湿疹患者 72 例, 根据就诊先后顺序进行编号, 从随机数字表中第二行第三列开始, 依次读取三位数作为随机数, 记录后按从小到大排列编序号, 1~36 号为治疗组, 37~72 号为对照组, 每组 36 例。治疗组中男 16 例, 女 20 例; 年龄 18~61 岁, 平均(34.42±9.98)岁; 病程 1~18 天, 平均(8.19±4.31)天。对照组中男 18 例, 女 18 例; 年龄 19~58 岁, 平均(34.97±9.36)岁; 病程 3~18 天, 平均(8.89±3.87)天。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

两组患者均外用 3% 硼酸洗液(上海运佳黄浦制药有限公司, 国药准字: H31022883, 250 ml/瓶)湿敷。使用方法: 取适量洗液将 4 层医用无菌纱布完全浸湿, 以不滴水为度, 湿敷于皮损处, 每天 2 次, 每次 20 min。

治疗组: 在外用 3% 硼酸洗液的基础上给予口服三黄理湿方(组成: 黄芩 12 g, 黄柏 12 g, 黄连 6 g, 蒲公英 30 g, 白花蛇舌草 30 g, 土茯苓 30 g, 苦参 15 g, 薏苡仁 30 g, 白鲜皮 15 g, 地肤子 15 g,

车前子 30 g), 每日 1 剂, 统一由上海中医药大学附属曙光医院中药房代煎制成, 每剂药煎 2 袋, 每袋 200 ml。每次 1 袋, 每天 2 次, 饭后半小时温服。

对照组: 在外用 3% 硼酸洗液的基础上口服盐酸西替利嗪片(UCB Farchim SA 瑞士, 批准文号: H20171303, 10 mg/片), 每日 1 次, 每次 1 片, 晚餐时口服。

两组均治疗 2 周。嘱患者服药期间注意饮食禁忌, 避免熬夜, 皮损处尽量避免搔抓, 禁用热水烫洗。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 湿疹面积及严重程度 EASI 评分法即湿疹面积及严重程度指数评分法^[6]: 1) 临床表现分为 4 项, 分别为红斑(E)、硬肿(水肿)/丘疹(I)、水疱/糜烂(Ex)和渗出/结痂(C)。每项临床表现的严重度以 0~3 分计分。无(0分): 仔细观察后不能判定是否存在; 轻(1分): 仔细观察后判定存在; 中(2分): 立即可观察到存在; 重(3分): 非常明显。2) 皮损面积评分, 将全身分为 4 个部位, 即头颈(H)、上肢(UL)、躯干(T)、下肢(LL)。上肢包括腋外侧和手; 躯干包括腋中部和腹股沟部; 下肢包括臀和足部。皮损面积大小计算用患者手掌为 1% 估算, 对于不足 1 个手掌面积者, 按照半个计分单位计算。若皮损不成片, 则合并计算。计分按照中国新九分法^[7](头面颈部为 1×9%, 双上肢为 2×9%, 躯干前后包括外阴部为 3×9%, 双下肢包括臀部为 5×9%+1%)换算成所占该部位的比例计分。皮损面积占各部位面积的比例分值为 0~6 分^[6], 即: 0 分为无皮疹, 1 分为<10%, 2 分为 10%~19%, 3 分为 20%~49%, 4 分为 50%~69%, 5 分为 70%~89%, 6 分为 90%~100%。3) EASI 积分计算公式: 头颈(E+I+Ex+C)×面积×0.1; 上肢(E+I+Ex+C)×面积×0.2; 躯干(E+I+Ex+C)×面积×0.3; 下肢(E+I+Ex+C)×面积×0.4。

2.2.2 瘙痒时间 PIT 值即瘙痒时间占夜间睡眠的百分比^[8]: 利用加速度记录仪 Actigraph Mini-Motionlogger (Ambulatory Monitors Inc., Ardsley, NY) 记录身体活动参数, 在患者利手侧手腕部佩戴加速度记录仪 6 天(治疗前 3 天+停药前 3 天), 设定其模式(ZCM 模式第 13 型 Mini-Motionlogger)。数据最后通过加速度记录仪特定的连接软件输入电脑进行解析, 对比前期研究得到的夜间平均活动量的阈值^[8], 得到高于阈值的动作时间(瘙痒时间)。计算 PIT 值, $PIT = \text{瘙痒时间} / \text{夜间睡眠时间} \times 100\%$ 。

2.2.3 瘙痒程度 VAS评分法即视觉模拟评分^[9]：评价湿疹以及其他瘙痒性皮肤病的瘙痒程度。使用长 10 cm 视觉量尺，0 表示没有瘙痒，10 表示严重剧烈瘙痒、无法入睡，让患者依据瘙痒程度进行自我评价，所获得的数值即为 VAS 评分。

2.2.4 血清炎症因子 抽取两组患者治疗前后清晨空腹状态下外周静脉血 4 ml，采用酶联免疫吸附法测定血清 IL-4，试剂盒购于青岛瑞斯凯尔生物技术有限公司（批号：200905），严格按照试剂盒操作。EOS 计数由 SysmexXN-9000 全自动血液分析仪（厂家 Sysmex，型号 XN-9000）计数。

2.2.5 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10] 和《中医病证诊断疗效标准》^[11] 中关于湿热浸淫型湿疹的诊断标准制定：0 分：无任何症状；1 分：偶有症状且症状轻；2 分：症状发生次数较为频繁且症状较重；3 分：症状发生次数频繁且症状严重；4 分：症状一直存在并且对生活有严重影响。

2.2.6 复发情况 治疗结束 1 个月后，对临床痊愈和显效患者进行随访，出现皮疹即为复发^[10]。

2.2.7 不良反应 观察治疗过程中出现的不良反应。

2.3 中医证候疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[11] 及《中药新药临床研究指导原则》^[10]，结合湿疹面积及严重度指数评分、瘙痒程度评分拟定。临床痊愈：皮损全部消退，症状消失，疗效率≥95%；显效：皮损大部分消退，症状明显减轻，70%≤疗效率<95%；有效：皮损部分消退，症状有所改善，50%≤疗效率<70%；无效：皮损消退不明显，症状未见减轻反而恶化，疗效率<50%。疗效率= [(治疗前积分-治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。总有效率= (痊愈+显效+有效) 例数 / 总例数 × 100%。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件。计量资料符合正态分布者用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，不符合正态分

布者用中位数与四分位数即 $M(Q_1 \sim Q_3)$ 表示；组间比较符合正态分布用独立样本的 t 检验，否则为 Mann-Whitney U 检验；组内比较符合正态分布用配对样本的 t 检验，否则为 Wilcoxon 检验。计数资料用频数（构成比/率）表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 则差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 EASI 评分、PIT 值、VAS 评分比较

表 1 示，两组治疗前 EASI 评分、PIT 值、VAS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；两组治疗后 EASI 评分、PIT 值、VAS 评分较治疗前均明显下降 ($P < 0.01$)，且治疗组 EASI 评分、PIT 值下降较对照组更明显 ($P < 0.01$)。

3.2 两组患者治疗前后实验室指标及中医证候评分比较

表 2 示，两组治疗前 IL-4、EOS、中医证候评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，两组治疗后 IL-4 均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$)，治疗组治疗后 EOS、中医证候评分较治疗前明显下降且优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 两组患者临床疗效比较

表 3 示，治疗组愈显率为 47.2%，总有效率为 80.6%；对照组愈显率为 19.4%，总有效率为 61.1%。两组愈显率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.250, P = 0.023$)。两组总有效率比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 3.294, P = 0.119$)。

3.4 复发情况

治疗结束 1 个月后，分别对两组临床治愈和显效患者进行随访。治疗组 17 例愈显患者中有 3 例病情出现反复（1 例因外地旅游未做好防好防晒；1 例因经常熬夜，进食海鲜，嗜烟酒等；1 例因喝酒）；对照组 7 例愈显患者中有 5 例病情出现反复（1 例因反复出差工作，1 例因进食芒果，3 例自诉无明显诱因）。

表 1 两组急性湿疹患者治疗前后 EASI 评分、PIT 值、VAS 评分比较 [$M(Q_1 \sim Q_3)$]

组别	时间	例数	EASI 评分/分	PIT 值/%	VAS 评分/分
治疗组	治疗前	36	14.88 (12.18~17.13)	33.12 (28.76~36.65)	6.77 (5.50~8.00)
	治疗后	36	4.68 (1.93~6.40) ^{a) b)}	14.34 (11.74~16.45) ^{a) b)}	2.47 (1.50~3.50) ^{a)}
对照组	治疗前	36	14.95 (12.10~17.40)	31.74 (28.55~35.34)	6.46 (5.50~7.00)
	治疗后	36	7.16 (4.62~9.30) ^{a)}	21.74 (19.47~23.75) ^{a)}	2.91 (2.50~3.50) ^{a)}

注：EASI，湿疹面积及严重度指数；PIT，瘙痒时间占夜间睡眠的百分比；VAS，瘙痒程度视觉模拟评分。

a) 与本组治疗前比较， $P < 0.01$ ；b) 与对照组治疗后比较， $P < 0.01$ 。

表2 两组急性湿疹患者治疗前后实验室指标及中医证候评分比较

组别	时间	例数	IL-4	EOS	中医证候评分
			/pg·ml ⁻¹ , $M(Q_1 \sim Q_3)$	/×10 ⁹ ·L ⁻¹ , $M(Q_1 \sim Q_3)$	/分, $\bar{x} \pm s$
治疗组	治疗前	36	89.25 (11.93~117.40)	0.66 (0.27~0.81)	2.75±0.81
	治疗后	36	24.38 (12.15~33.10) ^{a)}	0.36 (0.10~0.58) ^{a) b)}	1.53±0.91 ^{a) b)}
对照组	治疗前	36	112.00 (16.46~122.24)	0.87 (0.20~1.00)	2.78±0.87
	治疗后	36	42.81 (12.63~53.28) ^{a)}	1.20 (0.20~0.80)	2.64±0.72

注: IL-4, 白细胞介素4; EOS, 嗜酸性粒细胞。

a) 与本组治疗前比较, $P < 0.05$; b) 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表3 两组急性湿疹患者临床疗效比较

[例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显	总有效
治疗组	36	5 (13.9)	12 (33.3)	12 (33.3)	7 (19.4)	17 (47.2)	29 (80.6)
对照组	36	2 (5.6)	5 (13.9)	15 (41.7)	14 (38.9)	7 (19.4)	22 (61.1)

3.5 不良反应及安全性评价

在治疗期间, 治疗组1例患者服药后出现恶心、呕吐, 仔细询问后发现患者空腹服药, 嘱患者调整服药时间为饭后半小时后温服后症状消失; 1例患者湿敷3%硼酸洗液后出现局部刺痛、泛红, 嘱患者缩短湿敷时间后症状好转, 可耐受。对照组2例患者出现嗜睡症状, 但仍坚持服完疗程。

本研究药物偏于寒凉, 故在治疗期间及治疗结束1个月后对治疗组中20例女性患者进行了随访, 发现除3例绝经期患者外, 均未出现明显的月经周期及月经量、色、质的变化。治疗组中有3位患者出现大便次数增多(最多每日3次, 无性状改变), 3日后逐渐耐受。两组患者入组前和治疗2周后的血、尿常规, 肝、肾功能检测结果均未发现明显异常。

4 讨论

湿疹属于中医学“四弯风”“浸淫疮”“湿疮”范畴, 为风湿热邪浸淫肌肤所致。《医宗金鉴·外科心法要诀》中记载:“四弯风, 生于两腿弯、脚弯, 每月一发, 形如风癣, 属风邪袭人腠理而成, 其痒无度, 搔破津水, 形如湿癣。”《金匱要略广注》记载:“浸淫者, 湿渍之状, 脓水流处, 即溃烂成疮, 故名浸淫疮, 是湿热蕴蓄而发者。”《诸病源候论》则认为:“内热外虚, 为风湿所乘, 湿热相搏, 故头面身体皆生疮。”临床急性湿疹多为湿热浸淫证, 治疗以清热燥湿止痒为主^[4]。

孙世道教授认为, 急性湿疹多为湿热偏盛, 皮损多呈对称分布, 局限或泛发, 在红斑基础上有针头到粟粒大小的丘疹、丘疱疹和水疱, 水疱经搔抓破后形成点状糜烂面, 脉象濡滑, 舌红, 苔黄腻, 常用三黄理湿方治疗, 方中以黄芩、黄连和黄柏合

用苦寒直折、泻火燥湿为君药; 蒲公英、白花蛇舌草助君药清热, 土茯苓、苦参、薏苡仁助黄连、黄芩、黄柏祛湿, 共为臣药; 佐以白鲜皮、地肤子祛风止痒, 车前子渗湿利水, 使邪有出路。诸药共奏清热解毒、除湿止痒功效。

湿疹的发病机制可能与T细胞亚群(Th1/Th2)平衡失调有关, Th2细胞优势表达以及Th2细胞因子分泌异常与湿疹的发生密切相关^[12]。IL-4是由Th2细胞分泌的一种炎性细胞因子, 能够诱导EOS增多和成熟, 发育成熟的EOS又能大量释放嗜酸细胞阳离子蛋白(ECP), 促进组胺生成, 从而介导角质形成细胞破坏过程; 同时EOS还会在湿疹患者炎性部位大量聚集, 介导迟发型变态反应发生, 导致湿疹瘙痒^[13]。临床研究亦表明, 湿疹患者中IL-4和EOS均有明显升高^[2,14]。

基于对本研究中72例受试者的观察, 发现与口服西替利嗪片相比, 三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹的临床疗效更好, 愈显率为47.2%, 总有效率为80.6%; 能更好地改善患者中医症状、皮损面积及严重程度、减轻瘙痒; 与治疗前相比能有效地降低血清IL-4和EOS。说明运用三黄理湿方治疗后有良好的临床疗效, 且无明显不良反应, 其作用机制可能与降低IL-4和EOS的水平有关。

综上所述, 本研究结果显示, 口服三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹可有效减少炎症反应, 改善患者中医证候。但由于本研究样本量较小, 观察指标不够全面, 故本研究结果尚需进一步研究证实。

参考文献

- [1] 张丽红, 闫志华, 方明, 等. 中医祛风除湿法治疗慢性湿疹疗效及对血嗜酸性粒细胞和免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(6): 662-665.

- [2]赵宏伟. 清热除湿汤治疗湿热浸淫型湿疹疗效观察及对血清 T 细胞亚群的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2015, 14(1): 43-45.
- [3]赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 725-726.
- [4]中华中医药学会皮肤科分会. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016 年)[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(2): 181-183.
- [5]CHOPRA R, VAKHARIA PP, SACOTTE R, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis[J]. Br J Dermatol, 2017, 177(5): 1316-1321.
- [6]赵辨. 湿疹面积及严重度指数评分法[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(1): 3-4.
- [7]黎鳌. 烧伤治疗学[M]. 2 版. 北京: 北京人民卫生出版社, 1995: 6-14.
- [8]唐苏为, 潘卫东, 张慧敏. 特应性皮炎夜间瘙痒程度的定量化研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2013, 12(5): 288-291.
- [9]李邻峰. 特应性皮炎[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 73.
- [10]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 355.
- [11]国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 263-264.
- [12]朱聪聪, 潘会君, 朱全刚. Th2 相关炎症因子在湿疹发病中的作用机制[J]. 药学实践杂志, 2019, 37(1): 9-13.
- [13]张合城, 罗玉萍, 刘安廷. 润燥止痒胶囊辅助治疗慢性湿疹的效果及对外周血嗜酸性粒细胞及免疫球蛋白 E 水平的影响[J]. 中国当代医药, 2018, 25(18): 45-48.
- [14]石嫻, 石年, 解翠林, 等. 特应性皮炎患者血清 VitD、tIgE、IL-4 和 IL-6 水平检测及临床意义[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(24): 3605-3609.

Sanhuang Lishi Formula (三黄理湿方) for Acute Eczema with Damp-heat Immersion Pattern in 36 Cases

XU Ping, MA Xin, DING Peijun

Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 201203

ABSTRACT Objective To evaluate the effectiveness and safety of *Sanhuang Lishi Formula* (三黄理湿方, SLF) for acute eczema with damp-heat immersion pattern. **Methods** Seventy-two acute eczema patients with damp-heat immersion pattern were randomized into intervention group and control group, with 36 patients in each group. All patients were given topical 3% boric acid lotion, and additionally those in the intervention group were administered with oral SLF, one dose daily, while those in the control group were given oral cetirizine tablets, 10mg daily at dinner time; the course of treatment was 2 weeks. The eczema area and severity index (EASI) score, the percent of itching time (PIT) in night sleep, the visual analogue scale (VAS) score of pruritus, traditional Chinese medicine (TCM) symptoms score, peripheral blood interleukin-4 (IL-4), and eosinophil count (EOS) were evaluated and compared before and after treatment; the 1-month recurrence rate in cured or markedly effective patients were compared between two groups, and the adverse reactions were observed. **Results** The EASI score, PIT, VAS score, TCM symptom score, serum IL-4 and EOS in the intervention group significantly decreased after treatment ($P < 0.05$); the cured and markedly effective rate of the intervention group was 47.2%, and the total effective rate was 80.6%. Compared to those in the control group, the decreases of the EASI score, PIT and TCM symptom score in the intervention group were more significant ($P < 0.01$); the decrease of EOS was more significant ($P < 0.05$); and the cured and markedly effective rate was higher ($P < 0.05$). There were 3 recurrent cases in 17 cured and markedly effective cases in the intervention group, while 5 of 7 reappeared in the control group. There were no obvious adverse reactions in the two groups. **Conclusion** Oral SLF has significant effect in the treatment of acute eczema with damp-heat immersion pattern, which can reduce the inflammatory reaction and improve the patient's TCM syndromes.

Keywords acute eczema; *Sanhuang Lishi Formula* (三黄理湿方); damp-heat immersion pattern; inflammatory reaction

(收稿日期: 2021-07-01; 修回日期: 2021-11-25)

[编辑: 叶晨]