

引用:吴优,秦琰,黄鑫,林冬亮,魏善斋,郭立中.郭立中从扶阳论治慢性肾脏病相关性瘙痒经验[J].中医药导报,2025,31(11):217-220.

# 郭立中从扶阳论治慢性肾脏病相关性瘙痒经验<sup>\*</sup>

吴 优<sup>1,2,3</sup>,秦 琰<sup>3</sup>,黄 鑫<sup>1,2</sup>,林冬亮<sup>1,2</sup>,魏善斋<sup>3</sup>,郭立中<sup>1</sup>

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210029;

2.南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210023;

3.南京中医药大学附属沭阳中医院,江苏 涠阳 223600)

**[摘要]** 当代中医针对慢性肾脏病相关性皮肤瘙痒(CKD-aP)的治疗,大多从滋阴清热、凉血祛风的角度进行论治。郭立中认为该病的病位以脾肾为主,病机为脾肾阳虚,寒湿内盛,卫外不固,外邪伏表。治先温通散寒,祛风除湿,因势利导,使邪外出;再温运脾土,顾护中焦;后扶阳填精,归根复命,次第为法。其以扶阳为总纲,重视调和阴阳,先祛表邪,后调五脏,并配合外洗,内外兼治,疗效较佳。

**[关键词]** 慢性肾脏病相关性瘙痒;皮肤瘙痒;扶阳;郭立中;名医经验

**[中图分类号]** R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)11-0217-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.11.039

慢性肾脏病相关性瘙痒(chronic kidney disease - associated pruritus, CKD-aP)是一种与慢性肾脏病(CKD)直接相关且无法用其他疾病解释的皮肤瘙痒<sup>[1]</sup>。有研究<sup>[2]</sup>表明,在未进入血液净化治疗的CKD患者中,约有18.9%的患者出现皮肤瘙痒。CKD-aP的发病机制尚不明确,目前认为主要与皮肤干燥、组胺、钙和镁盐、甲状旁腺激素、阿片类药物、免疫炎症、透析不充分等有关。治疗方案有润肤剂、加巴喷丁类药物、μ-阿片受体拮抗剂、κ-阿片受体激动剂及光疗、肾移植等<sup>[3]</sup>。临床常采用逐步治疗的方法,从局部用药开始,然后逐步升级药物治疗,大多疗法效果存在不确定性且难以免除严重的不良反应<sup>[4]</sup>。虽肾移植可极大地降低CKD-aP的患病率<sup>[5]</sup>,但大多数患者因配型、经济等原因无法实施。中医药治疗CKD优势在于疗效好且毒副作用较低<sup>[6]</sup>。随着瘙痒的加重,患者精神和身体质量评分均逐渐降低<sup>[7]</sup>。因此加强中医药治疗CKD-aP的研究具有重要意义。

郭立中,教授,主任医师,系南京中医药大学博士生导师,师从伤寒大家杜雨茂、肾病学家叶传蕙、国医大师周仲瑛等,为国医大师周仲瑛学术继承人之一。郭立中教授从事中医临床、教研工作三十余载,擅治内科急难重症,尤其对于肾脏病治疗积累了较丰富的临床经验。目前对于CKD-aP的中

医治疗,多从滋阴、清热、凉血、疏风、利湿、养血、活血等治法入手<sup>[8]</sup>,郭立中教授经过长期临床实践,发现目前很多肾脏病患者因夜寐过晚、精神压力大、嗜食生冷、劳逸不节、滥用偏性寒凉药物等原因导致阳气耗损,认为该病发生是以脾肾阳虚,卫外不固,体虚受风,风夹寒湿,侵入腠理,邪正相干,发为瘙痒。用药讲究次第,治先温通散寒,祛风除湿,再温运脾土,顾护中焦,后扶阳填精,归根复命,次第为法,获效较捷。笔者有幸跟师学习,兹将其治疗CKD-aP的经验总结于下。

## 1 立法依据

CKD-aP是CKD临床常见并发症,表现为全身游走性皮肤瘙痒,皮肤干燥,症状反复,迁延难愈。中医学将本病归于“肾毒风”“风瘙痒”“痒风”“风痒”等范畴。历代医家认为皮肤瘙痒的主要病因是风邪外伏,《金匮要略·水气病脉证并治第十四》曰:“风气相搏,风强则为瘾疹,身体为痒。”<sup>[9]</sup>虽因风邪入体,实则自身阳气不充,卫外不固所致。郭立中教授根据多年临床经验,结合CKD患者病程长的特点,认为其核心病机为脾肾阳虚,寒湿内盛,卫外不固,外邪伏表。

1.1 肾阳亏虚,邪伏肌腠 《素问·评热病论篇》曰:“邪之所凑,其气必虚。”<sup>[10]</sup>《证治准绳·幼科》曰:“常作痒者,此正气之虚也。”<sup>[11]</sup>CKD-aP的发生与人体正气虚弱密不可分。《诸病

\*基金项目:国家中医药管理局“国医大师周仲瑛传承工作室”建设项目(国中医药人教发[2010]59号);全国和省名老中医药专家传承工作室基层工作站建设项目-周仲瑛传承工作室(苏中医科教[2018]3号);南京中医药大学2022年度本科教育教学改革研究项目(NZYTG2022075)

通信作者:郭立中,男,教授,主任医师,研究方向为中医内科疑难杂症辨治规律研究

源候论·风身体如虫行候》曰：“夫人虚，风邪中于荣卫，溢于皮肤之间。”<sup>[12][26]</sup>人之元阳源于先天，由冲气所发，冲脉起于命门，故《灵枢·营卫生会》曰“卫出于下焦”<sup>[10][1032]</sup>。卫气属阳，根于下元，肾病者元阳多虚，易生邪毒，泛滥肌腠。老子云：“万物皆负阴而抱阳，冲气以为和。”<sup>[13]</sup>从脏腑而言，肺主皮毛，肺根于肾，金水相生，三焦膀胱者，腠理毫毛其应。从六经而言，太阳与少阴互为表里。病邪之所能起病，实应责之内虚，正邪交争于营卫，邪毒内生，肌腠受邪，发为瘙痒。

1.2 脾阳失运，寒湿内盛 《证治准绳·幼科》曰：“胃气既虚，则水谷不化，津液内竭，不能输精于皮毛，气失其卫，血失其荣……倏忽灼于皮毛，所以痒也。”<sup>[14]</sup>脾胃乃仓廪之官，运化水谷，输送水谷精微至各脏腑，气血由此充养。脾阳不足，气血生化无源，肌腠不荣，故而皮肤干燥、瘙痒。临床发现CKD-aP往往会在夜间加重<sup>[14]</sup>，午时至子时，阳气渐衰，CKD患者阳气本就不足，夜间阴寒较甚，更易耗伤元阳。加之脾失健运，水湿不化，湿浊内生，易与寒邪交织，阻滞气血循行化生，日久气血逐渐耗伤，进一步加重肌肤失荣。

1.3 卫外不固，邪犯腠理 《诸病源候论·妇人杂病诸候》曰：“风痒者，是体虚受风，风入腠理，与血气相搏，而俱往来于皮肤之间。邪气微，不能冲击为痛，故但瘙痒也。”<sup>[12][372]</sup>脾肾阳虚，卫外不固，风邪直接由肌表入体，存于皮肤之间。《备急千金要方》记载：“风邪客于肌中则肌虚……寒搏皮肤，外发腠理，开毫毛，淫气妄行，则为痒也。”<sup>[15]</sup>风邪轻扬开泄，易袭阳位，善行数变，易兼夹寒、湿等邪为患。郭立中教授认为CKD患者素体阳气不足，加之久病体虚，卫外不固，风邪乘袭，易夹杂寒湿等邪入里。且因患者脾阳不足，土不化湿，寒湿内盛，阳气日损，形成恶性循环，日久难愈。

## 2 治法方药

《素问·异法方宜论篇》曰：“圣人杂合以治，各得其所宜，故治所以异而病皆愈者，得病之情，知治之大体也。”<sup>[10][18]</sup>郭立中教授善抓病机，对于疾病的不同阶段，治疗方案也各异。早期先温通散寒，祛风除湿，因势利导，使邪外出，防止闭门留寇，且中病即止。中期温运脾土，顾护中焦，标本与脾肾同治，先后天并顾。后期重在扶阳填精，归根复命，固护先天元阳，强基固本，杜其复发。常配合中药外洗，内外兼治，双管齐下，取效甚捷。

2.1 早期：温通散寒，祛风除湿 《素问·生气通天论篇》曰：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰。”<sup>[10][35]</sup>素体不足，风邪夹杂寒湿入体，三阳受阻，肌肤营卫不畅，发为瘙痒。郭立中教授治疗CKD-aP常用桂枝法先行，温通阳气，宣畅肌腠孔窍，使风、寒、湿等外邪由表而出，使邪有出路。该法由张仲景之桂枝汤演变而来，主要用于阳气被外邪遏阻，运行受阻<sup>[16]</sup>。郭立中教授运用桂枝法的药物组成主要有：桂枝30g，苍术15g，白芷15g，小茴香20g，葱白5根，生姜60g，炙甘草5g。方中桂枝温通解表，祛风散寒；苍术祛风除湿，芳香化浊；白芷加强解表散寒之功，祛风通窍；小茴香温肾散寒，兼暖中焦；葱白解表散寒，通阳宣窍；生姜表里同治，散寒祛邪；炙甘草调和诸药。瘙痒较甚者，可加用苍耳草、地肤子、蛇床子等以祛风

除湿止痒；风寒湿较重者，可加独活、威灵仙等以祛风除湿通络；气血不足者，可改苍术为白术，加黄芪、党参、当归，取归脾汤益气养血、润燥养肤之意。

2.2 中期：温运脾土，顾护中焦 《素问·五脏别论篇》曰：“胃者水谷之海，六腑之大源也。五味入口，藏于胃，以养五脏气。”<sup>[10][13]</sup>外邪既出，营卫通利，若见脘腹胀满，纳呆，苔腻，边有齿痕，脉虚，尺脉不足者，需温运脾土，以衡为安，纳运正常，后天充足，方能生化气血，濡养肌表，瘙痒自消。郭立中教授常用附子理中汤为主加减，常用药为：炮附片60g，党参30g，白术15g，砂仁15g，白豆蔻15g，生姜50g，炙甘草5g。其中炮附片温补肾阳，配生姜温养中焦；党参、白术、炙甘草益气补虚，健脾除湿；砂仁、白豆蔻温脾和胃，理气化湿。全方起温补脾肾，健运中焦之功。疲乏明显者，可加改党参为生晒参大补元气；夜寐不佳者，加用朱茯神、夜交藤养血安神。

2.3 晚期：扶阳填精，归根复命 经温通、理中治疗后，外邪已除，中土得运，肌腠通利，而CKD迁延难愈，日久必然阳虚气亏，肾精损耗，病后需防复。《素问·阴阳应象大论篇》曰“治病必求于本”<sup>[10][54]</sup>。郭立中教授常用补肾填精为收功之法。基本方药为：炮附片60g，黄芪30g，白术30g，淫羊藿20g，巴戟天20g，菟丝子20g，砂仁15g，炙甘草5g，生姜50g。方中炮附片、淫羊藿、巴戟天温肾助阳；黄芪、白术补虚益气健脾；菟丝子补肾填精；砂仁温脾和胃，纳气归根；炙甘草调和诸药；生姜温中散寒。若脾虚明显者，加党参益气健脾；阳虚阴盛，阴火上浮者，可加肉桂引火归元。

2.4 辅以熏洗，内外兼治 《素问·汤液醪醴论篇》曰“开鬼门，洁净府”<sup>[10][129]</sup>。人体的皮肤腠理也是气机出入之通路，药浴能够直接作用在病灶局部，可有效地改善皮肤瘙痒、渗出等临床表现。故对于瘙痒较甚者，郭立中教授多加用外洗除湿止痒方药：白矾30g，蛇床子30g，地肤子30g，苦参20g，花椒20g。白矾燥湿止痒；蛇床子、花椒温通散寒止痒；地肤子、苦参清热解毒，利湿止痒。对于抓挠后皮肤破溃渗出者，疗效尤佳。

## 3 验案举隅

患者，男，58岁，2017年3月9日初诊。主诉：倦怠乏力伴皮肤瘙痒4个月余。患者4个月前无明显诱因出现倦怠乏力，伴皮肤瘙痒，无恶心呕吐及胸闷气喘等，未及时诊治。2016年12月9日曾因一过性昏厥在外院就诊，当时进行生化检查：肌酐188.60 μmol/L，尿素13.59 mmol/L，尿酸690.20 μmol/L，eGFR 34.03 mL/(min·1.73 m<sup>2</sup>)。颈部动脉超声：双侧颈动脉粥样硬化伴斑块形成。未规律诊治。既往有“痛风”病史5年，未用药，饮食不节制。患有“常染色体显性遗传多囊肾”，其母也患有“多囊肾”，已行透析治疗。刻下：患者前臂、小腿、腰部及足趾瘙痒，喜抓挠，脚趾间流水糜烂，痒热感，左膝关节疼痛，活动受限（曾因车祸致左膝关节半月板损伤），少汗，怕冷，手脚凉，喜饮温水，晨起咳嗽有痰，质黏色黄，能咯出，纳食一般，寐安，大便日行1~3次，偏干，夜尿1~2次。舌暗红，苔白腻，中裂纹；脉弦滑数，双尺虚。西医诊断：慢性肾脏病相关性瘙痒（CKD-aP）；慢性肾脏病3b期；常染色体显性遗传多囊肾；痛

风。中医诊断：肾毒风。中医辨证：脾肾阳虚，风邪伏表，寒湿凝滞。治法：温通阳气，祛风散寒，除湿通络。处方：(1)桂枝30 g, 苍术15 g, 白芷15 g, 小茴香20 g, 朱茯神15 g, 独活15 g, 油松节20 g, 威灵仙40 g, 全葱5根, 炙甘草5 g, 生姜60 g。7剂, 水煎服, 1剂/d, 分2次温服。(2)上方去独活、白芷、全葱, 加刺五加20 g, 杜仲20 g, 怀牛膝15 g, 淫羊藿20 g。7剂, 水煎服, 1剂/d, 分2次温服。先服方(1), 再服方(2)。(3)白矾30 g, 蛇床子30 g, 地肤子30 g, 苦参20 g, 花椒20 g。7剂, 水煎, 每剂药煎煮2次, 每日外洗1次。

2诊：2017年3月23日。用药后多处瘙痒及左膝关节疼痛减轻，但仍局部皮肤凉，遇风则痒，偶咳嗽，咳痰量少，色黄，大便日行1~3次，质干，排便困难，怕冷，四肢冰凉，但欲寐。舌淡暗红，苔白腻，中裂纹；脉稍滑，双尺虚。守法续进，在上方(2)的基础上去小茴香，加炮附片60 g(先煎2 h)，改桂枝50 g。14剂，水煎服，1剂/d，分2次温服。外洗方及用法同前。

3诊：2017年4月27日。用药后效佳，下肢瘙痒、关节痛续减，足趾渗出较前明显减少，膝关节活动明显改善，患者诉用药后欲如厕，无腹痛等不适，大便日行1~2次，成形，夜尿1次，寐安，纳佳。舌淡暗红，苔薄黄；脉沉滞，左尺虚。治以温阳除湿，健脾补肾。处方：炮附片75 g(先煎2 h)，黄芪30 g, 桂枝50 g, 苍术15 g, 朱茯神15 g, 刺五加20 g, 杜仲20 g, 淫羊藿20 g, 油松节20 g, 威灵仙40 g, 木瓜20 g, 炙甘草5 g, 生姜60 g。14剂，水煎服，1剂/d，分2次温服。外洗方及用法同前。

4诊：2017年5月11日。用药后下肢瘙痒不显，脚趾溃烂已愈，膝痛基本缓解，活动可，偶咳，咳少许白痰，大便黏腻，日行2次，纳寐可，疲劳，欲寐。舌质淡，苔薄白；脉虚。用药后效佳，守法续进，上方去苍术、威灵仙，加白术15 g, 巴戟天20 g。14剂，水煎服，1剂/d，分2次温服。

5诊：2017年5月25日。瘙痒未作，但用药后久坐后仍觉膝痛，偶有头昏，饥饿时明显，脚趾溃烂基本痊愈，服药后反酸，纳食可，大便黏腻，夜寐可，自觉疲乏。舌质淡，苔薄白；脉细数，重按无力。治以扶阳添精。处方：炮附片75 g(先煎2 h)，黄芪30 g, 党参30 g, 白术15 g, 砂仁15 g, 淫羊藿20 g, 巴戟天20 g, 莪丝子20 g, 陈皮15 g, 炙甘草5 g, 生姜60 g。14剂，水煎服，1剂/d，分2次温服。患者后在郭立中教授门诊继续治疗CKD，随访半年，病情平稳，瘙痒未再发作。

按语：该患者患有遗传性肾病，且年近花甲，素本脾肾阳虚，生化不足，气血不荣，卫表不固，外邪入伏，交争于腠理，发为本病。患者命门火衰，温煦无力，故怕冷、手脚凉、喜饮温水。初诊时，患者阳虚兼表证，风邪夹杂寒湿入体，三阳受阻，腠理不开，故少汗；脾阳不健，运化失常，湿邪内生，大便不利；寒湿凝滞，不通则痛，故膝关节疼痛，活动受限；寒湿内盛，湿聚成痰，上犯于肺，且有化热之势，故咳嗽、咯黄痰。治宜温通肌腠，散寒除湿，祛风止痒。先用桂枝法，拟方有二，先遣方(1)。其中桂枝温通解表，散寒祛邪；苍术、油松节祛风散寒，除湿通络；白芷加强解表散寒之功，祛风通窍；小茴香温肾散寒，兼暖中土；独活、威灵仙祛风除湿通络；葱白散寒通阳，开宣毛窍；朱茯神淡渗利湿，养心安神；生姜走表入里，散

寒降逆；炙甘草调和诸药。共奏温通阳气、解表散寒、除湿通络之功。并配合除湿止痒方药外用。方(1)服用一周后，表邪渐去，故方(2)在前方基础上去独活、白芷、全葱等辛散解表祛邪之品，加刺五加、杜仲、怀牛膝补肾强骨，淫羊藿调和阴阳。2诊诸症有减，续用此法，但患者自觉怕冷、关节发凉，阳虚明显，仍需加强温补，在首诊方(2)基础上加炮附片补命门之火，桂枝加量，加强温通之力。3诊时患者瘙痒及关节活动较前明显改善，皮肤溃烂较前减轻，外邪大部已去，湿邪仍存，当顾护中焦，而中焦以运为健，故治以温阳除湿，健脾补肾。方中炮附片温补肾阳，补火生土；黄芪、炙甘草甘温益气，健运脾土；苍术、油松节、威灵仙、木瓜除湿通络，化浊调中；淫羊藿、朱茯神温阳除湿，养心安神；刺五加、杜仲、淫羊藿补肾强骨；生姜和胃养中。诸药合用，健运中土，升清降浊，各得其所，寒湿自散。4诊患者瘙痒及关节症状已明显改善，足趾溃烂已愈，湿邪既去，仍觉疲乏欲寐，大便黏腻，可见中焦不足，肾阳仍亏，故用3诊方去苍术、威灵仙，加白术益气健脾，巴戟天补肾填精。5诊患者诸症大部已去，仍觉疲乏，脉仍重按无力，且偶有反酸，脾肾仍需温补，治以扶阳理中，补肾填精。方中炮附片温肾扶阳；党参、黄芪、白术补虚益气健脾；淫羊藿、巴戟天、菟丝子补肾填精；砂仁温脾开胃，纳气归根；陈皮理气健脾；炙甘草、生姜调和上下。所谓正气存内，邪不可干，病后防复，收功之法意在扶助脾肾，使得中焦得运，下焦得补，气血冲和，肌腠得充，卫表得固，自然病邪难以再次入侵。

每于首诊后，郭立中教授均嘱咐药物煎煮方法。使用大剂量炮附片时(60 g以上)需先煎2 h，亲尝一片炮附片，若有发麻则需再煎，以口舌无发麻为止。浸泡好的其他药物倒入煎好的附子汤内，和炮附片一同煎煮，沸腾后转小火煮20~30 min。首次煎完倒出药汁后，立即倒入适量开水，煮沸后转小火煮20~30 min，二煎完，倒出药汁，将两次药汁混合，总量约400 mL，再分2次服用。个别患者出现腹痛、腹泻等症状，此为阳药运行，祛寒湿等邪外出的反应，3 d左右即可自行缓解。

方中使用炮附片剂量较大，虽药有毒性，但配伍甘味之品以解毒，益气扶正之品以监制毒性<sup>[17]</sup>。郭立中教授使用附子用量虽大，但在使用时搭配甘草、生姜、黄芪、党参等药，且要求患者必须久煎2 h以上并需亲尝，口中无麻感后加入余药同煎，用量虽大，未见明显毒副作用。郭立中教授首诊时附子用量多为60 g，根据患者的病机证候及药后反应，复诊时逐步增加剂量，循序渐进。

#### 4 小 结

CKD-aP的西医发病机制目前尚不明确<sup>[3]</sup>。CKD-aP患者瘙痒严重程度与情绪、社会关系和睡眠之间存在统计学显著相关性<sup>[18]</sup>。当代医家多从滋阴、清热、凉血、疏风、利湿、养血、活血等治法入手<sup>[8]</sup>。郭立中教授认为脾肾阳虚为本病的根本原因，风、寒、湿等邪为标，故治先温通散寒，祛风除湿，因势利导，使邪外出，再温运脾土，顾护中焦，后扶阳填精，归根复命。病机治法方药一线贯穿，从整体出发，非求一时之功。郭立中教授以扶阳为总纲，辨清虚实，重视调和阴阳，由表及

里,次第为法,疗效显著,为改善CKD-aP患者生活质量提供了新思路,值得临床推广。

#### 参考文献

- [1] WEISCHAAR E, SZEPIETOWSKI J C, DALGARD F J, et al. European S2k guideline on chronic pruritus [J]. *Acta Derm Venereol*, 2019, 99(5):469–506.
- [2] SOLAK B, ACIKGOZ S B, SIPAHI S, et al. Epidemiology and determinants of pruritus in pre-dialysis chronic kidney disease patients [J]. *Int Urol Nephrol*, 2016, 48(4):585–591.
- [3] METTANG T, KREMER A E. Uremic pruritus [J]. *Kidney Int*, 2015, 87(4):685–691.
- [4] MAKAR M, SMYTH B, BRENNAN F. Chronic kidney disease-associated pruritus: A review [J]. *Kidney Blood Press Res*, 2021, 46(6):659–669.
- [5] SOLAK Y, BIYIK Z, ATALAY H, et al. Pregabalin versus gabapentin in the treatment of neuropathic pruritus in maintenance haemodialysis patients: A prospective, crossover study [J]. *Nephrology (Carlton)*, 2012, 17(8):710–717.
- [6] 彭电,黄娟,丑安,等.中药治疗慢性肾脏病的研究进展[J].*中医药导报*,2022,28(3):135–142.
- [7] TITAPICCOLO J I, LONATI C, GOETHEL-PAAL B, et al. Chronic kidney disease-associated pruritus (CKD-aP) is associated with worse quality of life and increased healthcare utilization among dialysis patients [J]. *Qual Life Res*, 2023, 32(10):2939–2950.
- [8] 李雯,卢富华,吴一帆.腹膜透析尿毒症瘙痒患者皮肤瘙痒程度与中医证候的相关性研究 [J].*中国中西医结合肾病杂志*,2020,21(9):818–821.
- [9] 金匮要略[M].范永升,姜德友,主编.3版.北京:中国中医药出版社,2012:8,191.
- [10] 黄帝内经[M].姚春鹏,译注.北京:中华书局,2012:12.
- [11] 王肯堂.证治准绳(五):幼科[M].陈立行,点校.北京:人民卫生出版社,1993:827.
- [12] 巢元方.诸病源候论[M].刘宇,孙冬莉,校注.北京:北京科学技术出版社,2016:26,372.
- [13] 陈鼓应.老子今注今译[M].北京:商务印书馆,2020:233.
- [14] COMBS S A, TEIXEIRA J P, GERMAIN M J. Pruritus in kidney disease [J]. *Semin Nephrol*, 2015, 35(4):383–391.
- [15] 孙思邈.备急千金要方[M].北京:中医古籍出版社,2022:795.
- [16] 张云飞,王超,冯红梅,等.从卢氏“扶阳三法”论疾病治疗次第及策略[J].*中华中医药杂志*,2020,35(11):5669–5671.
- [17] 杜丽,王均宁.有毒中药乌头增效减毒配伍方法探讨[J].*中国中医基础医学杂志*,2020,26(10):1550–1552.
- [18] MATHUR V S, LINDBERG J, GERMAIN M, et al. A longitudinal study of uremic pruritus in hemodialysis patients [J]. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2010, 5(8):1410–1419.

(收稿日期:2024-11-03 编辑:刘国华)

#### (上接第216页)

- [12] 王琦,刘英.张鸣鹤治疗银屑病关节炎临床经验[J].*山东中医杂志*,2022,41(4):420–423.
- [13] 吴深涛.内毒论[M].北京:中国中医药出版社,2023:10.
- [14] 邱丙庆.论毒邪[J].*中医药学报*,2013,41(4):7–9.
- [15] LUENGAS -MARTINEZ A, HARDMAN -SMART J, PAUS R, et al. Vascular endothelial growth factor-A as a promising therapeutic target for the management of psoriasis[J]. *Exp Dermatol*, 2020, 29(8):687–698.
- [16] GIROLOMONI G, STROHAL R, PUIG L, et al. The role of IL-23 and the IL-23/TH 17 immune axis in the pathogenesis and treatment of psoriasis [J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2017, 31(10):1616–1626.

- [17] 常甜,姜泉,彭秋伟,等.姜泉症-证结合论治活动期银屑病关节炎经验[J].*吉林中医药*,2024,44(1):1–4.
- [18] 张颖,王俊祥.发生骨侵蚀的早期银屑病关节炎患者的临床特征[J].*河北医学*,2024,30(3):511–515.
- [19] 神农本草经[M].曹瑛,校注.北京:中国医药科技出版社,2020.
- [20] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].2版.南京:江苏凤凰科学技术出版社,2017:1111.
- [21] 徐虎,李娜,嬴双,等.银屑病的组织病理学表现[J].*临床皮肤科杂志*,2024,53(11):694–695.

(收稿日期:2024-11-10 编辑:蒋凯彪)