

- [17] SHAFAZAND S, ANDERSON K D, NASH M S. Sleep complaints and sleep quality in spinal cord injury: a web-based survey[J]. J Clin Sleep Med, 2019, 15(5): 719-724.
- [18] HSU W C, GUO S E, CHANG C H. Back massage intervention for improving health and sleep quality among intensive care unit patients[J]. Nurs Crit Care, 2019, 24(5): 313-319.
- [19] 陈长香, 蒋虹, 梁玉娟. 运动引导想象训练在脑卒中患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(7): 985-989.
- 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 17. 031
- (收稿日期: 2022-07-26 修回日期: 2023-04-22)

自拟加味五子泻肺汤治疗 COPD 痰浊阻肺证疗效观察*

殷玉应, 何增强, 沈鹏英, 刘昌财, 王金庆, 邹亮亮
江西省九江市湖口县中医医院内科, 江西九江 332500

摘要:目的 探讨自拟加味五子泻肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)痰浊阻肺证的临床疗效。方法 选取 2021 年 3 月至 2022 年 10 月该院收治的 COPD 住院患者 60 例作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组给予西医常规治疗, 观察组在此基础上给予自拟加味五子泻肺汤治疗, 疗程均为 2 周, 比较两组患者治疗前后中医症候积分、呼吸困难量表(mmRC)评分、COPD 评估测试量表(CAT)评分、用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气量百分比(FEV1)、动脉血氧饱和度(SaO₂)、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)、白细胞计数(WBC)、白细胞介素-6(IL-6)、C 反应蛋白(CRP)等指标变化情况。结果 治疗前, 两组患者中医症候积分、mmRC 评分、CAT 评分、FVC、FEV1、SaO₂、PaO₂、PaCO₂、WBC、IL-6、CRP 等指标比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 治疗后, 两组患者中医症候积分、mmRC 评分、CAT 评分、PaCO₂、WBC、IL-6、CRP 等指标均低于治疗前, FVC、FEV1、SaO₂、PaO₂ 等指标均高于治疗前, 且观察组治疗后中医症候积分、mmRC 评分、CAT 评分、PaCO₂、WBC、IL-6、CRP 等指标均低于对照组, FVC、FEV1、SaO₂、PaO₂ 等指标均高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 自拟加味五子泻肺汤可有效改善 COPD 患者临床症状、肺功能及血气指标, 降低炎症程度, 提高生活质量, 治疗效果良好, 值得推广和应用。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 五子泻肺汤; 肺功能; 炎症反应; 生活质量

中图法分类号:R563.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)17-2593-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是以不完全气流受限, 咳嗽、咳痰、喘息等持续性呼吸道症状为特征的一种临床常见病, COPD 全球倡议(GOLD)指出, COPD 成为世界上第 4 位的主要死亡原因^[1]。尽管全球各国专家在治疗 COPD 方面做出了不懈努力, 但目前 COPD 患者的预后不良率仍然处于较高水平^[2-3]。中医在治疗 COPD 方面具有独特的优势, 依据 COPD 的病位、病性及患者的临床表现, 中医将 COPD 归属于“咳嗽”“肺胀”“喘证”等病证范畴, 认为 COPD 痰浊阻肺证是由于肺、肾、脾气虚导致患者出现痰浊、水饮、血瘀等而发病。加味五子泻肺汤是笔者结合 COPD 的病因与病机, 自拟的一剂治疗 COPD 的新型中药方剂, 现将其首次应用于 COPD 痰浊阻肺证患者的治疗中, 旨在为 COPD 的治疗提供参考, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 3 月至 2022 年 10 月本院收治的 COPD 住院患者 60 例作为研究对象。纳入标准: 符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订

版)》^[4]中关于 COPD 的诊断标准, 同时参照《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)》^[5]辨证诊断为痰浊阻肺证, GOLD 肺功能分级为Ⅱ~Ⅲ级。排除标准: 同时参与其他药物试验或研究者; 存在本研究相关药物过敏史或禁忌证者; 临床病历资料不全者; 合并其他严重器质性疾病者; 有精神疾病或意识障碍者; 妊娠或哺乳期妇女。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组年龄 56~85 岁, 平均(68.69±8.27)岁; 男 21 例, 女 9 例; COPD 病程 5~18 年, 平均(11.51±3.09)年; GOLD 肺功能分级: Ⅱ级 19 例, Ⅲ级 11 例。观察组年龄 55~85 岁, 平均(69.11±8.42)岁; 男 23 例, 女 7 例; COPD 病程 5~19 年, 平均(11.87±3.26)年; GOLD 肺功能分级: Ⅱ级 18 例, Ⅲ级 12 例。两组患者性别、年龄、病理、肺功能分级等临床资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。本研究经过医院伦理委员会的批准同意(2020110143)。患者自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.2 方法 对照组采取西医常规治疗, 给予盐酸溴

* 基金项目: 江西省卫生健康委科技计划(202311641)。

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1167.r.20230807.1704.005.html>(2023-08-08)

己新葡萄糖注射液(生产厂家:江西科伦药业有限公司,生产批号:20210115)祛痰,剂量为 100 毫升/次,静脉滴注给药,每天 2 次;使用昔萘酸沙美特罗喷剂(生产厂家:哈尔滨汇利药业有限公司,生产批号:20210207)进行支气管扩张,吸入剂量为 100 微克/次,每天 2 次;使用哌拉西林钠他唑巴坦钠(生产厂家:珠海联邦制药股份有限公司,生产批号:20201108)抗感染治疗,剂量为 4.5 克/次,静脉滴注给药,每天 2 次。必要时可给予控制性氧疗(1~2 L/min)。用药时间 2 周。在此基础上,观察组给予自拟加味五子泻肺汤治疗,汤剂组成:紫苏子 10 g、白芥子 10 g、炒莱菔子 10 g、五味子 10 g、葶苈子 10 g、杏仁 10 g、法半夏 10 g、陈皮 10 g、紫苑 10 g、茯苓 10 g、桂枝 10 g、白术 10 g、炙甘草 6 g、桔梗 10 g、前胡 10 g、仙茅 10 g、淫羊藿 10 g。常规水煎 300 mL(由湖口县中医医院制剂室统一煎制),分早晚 2 次温服。用药时间 2 周。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者治疗前后中医症候积分,参照《中药新药临床研究指导原则·第一辑》^[6]并根据患者胸闷、咳嗽、咳痰、喘息、脘痞腹胀等症状严重程度进行评分,主症严重程度评分 0~1 分(正常)、2~3 分(轻度)、4~5 分(中度)、6 分(重度),次症严重程度评分 0 分(正常)、1 分(轻度)、2 分(中度)、3 分(重度),总分范围 0~40 分,评分越低表示患者治疗效果越好。(2)比较两组患者治疗前后呼吸困难量表(mmRC)^[7]评分,分为 0~4 级,0 级为 0 分、4 级为 4 分,评分越高表示患者呼吸困难症状越严重。(3)比较两组患者治疗前后 COPD 评估测试量表(CAT)评分^[8]情况,该量表共包含 8 个测试项目,单项目采用 0~5 分 6 级评分法,总分 40 分,评分越低表示患者生活质量越好。(4)比较两组患者治疗前后用力肺活量(FVC)、第 1 s 用力呼气量百分比(FEV1)水平,采用日本捷斯特 H I-701 型肺功能检测仪检测。(5)比较两组患者治疗前后动脉血氧饱和度(SaO₂)、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂),采用国产 PL2100 型全自动血气分析仪检测。(6)比较两组患者治疗前后白细胞计数(WBC)、白细胞介素-6(IL-6)、C 反应蛋白(CRP)水平,采用瑞典 HemoCue WBC 白细胞检测仪检测 WBC,采用酶联免疫吸附法检测 IL-6、hs-CRP,仪器为国产 UReader Eyes 全自动多功能酶联免疫分析仪。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件分析数据,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间两两比较采用独立样本 *t* 检验,组内两两比较采用配对 *t* 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗前后中医症候积分比较 治疗前,两组患者中医症候积分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);治疗后,两组患者中医症候积分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义

(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后中医症候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	30	26.25 ± 3.17	8.67 ± 2.54 ^a
观察组	30	27.02 ± 3.56	5.16 ± 1.89 ^a
<i>t</i>		-0.885	6.072
<i>P</i>		0.380	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后 mmRC、CAT 评分比较 治疗前,两组患者 mmRC、CAT 评分比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05);治疗后,两组患者 mmRC、CAT 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 mmRC、CAT 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)					
组别	<i>n</i>	mmRC		CAT 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	3.45 ± 0.35	1.96 ± 0.34 ^a	20.16 ± 4.25	15.28 ± 4.15 ^a
观察组	30	3.47 ± 0.34	1.53 ± 0.33 ^a	20.89 ± 4.37	12.44 ± 3.46 ^a
<i>t</i>		-0.225	4.971	-0.656	2.879
<i>P</i>		0.823	<0.001	0.514	0.006

注:与同组治疗前比较,^a*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 FVC、FEV1 水平比较 治疗前,两组患者 FEV1、FVC 水平比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05);治疗后,对照组患者 FEV1、FVC 水平均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 FEV1、FVC 水平比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	FVC(L)		FEV1(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	1.78 ± 0.32	2.01 ± 0.33 ^a	58.67 ± 5.27	66.85 ± 5.51 ^a
观察组	30	1.76 ± 0.31	2.28 ± 0.29 ^a	59.22 ± 4.96	71.47 ± 5.37 ^a
<i>t</i>		0.246	-3.366	-0.416	-3.289
<i>P</i>		0.807	0.001	0.678	0.002

注:与同组治疗前比较,^a*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后 SaO₂、PaO₂、PaCO₂ 比较 治疗前两组患者 SaO₂、PaO₂、PaCO₂ 比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05);治疗后,两组患者 SaO₂、PaO₂ 均高于治疗前,PaCO₂ 均低于治疗前,且观察组患者 SaO₂、PaO₂ 高于对照组,PaCO₂ 低于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 4。

2.5 两组患者治疗前后 WBC、IL-6、CRP 水平比较 治疗前,两组患者 WBC、IL-6、CRP 水平比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05);治疗后,对照组患者 WBC、IL-6、CRP 水平均低于治疗前,且观察组患者低于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 5。

表 4 两组患者治疗前后 SaO₂、PaO₂、PaCO₂ 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SaO ₂ (%)		PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	86.74±5.26	90.24±4.85 ^a	63.47±5.03	73.52±5.44 ^a	52.96±7.69	46.56±6.08 ^a
观察组	30	85.89±5.17	95.65±4.77 ^a	63.34±5.26	78.74±5.15 ^a	52.01±7.92	42.71±5.27 ^a
t		0.631	4.356	0.099	3.817	0.471	2.621
P		0.530	<0.001	0.821	<0.001	0.639	0.001

注:与同组治疗前比较,^aP<0.05。

表 5 两组患者治疗前后 WBC、IL-6、CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	WBC(×10 ⁹ /L)		IL-6(ng/L)		CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	10.02±2.35	7.23±1.85 ^a	2.36±0.96	0.59±0.27 ^a	42.63±11.25	11.52±5.68 ^a
观察组	30	9.89±2.47	6.01±1.54 ^a	2.28±1.02	0.45±0.23 ^a	43.05±13.26	6.85±3.56 ^a
t		0.209	2.776	0.391	2.162	0.132	3.816
P		0.835	0.007	0.697	0.035	0.895	<0.001

注:与同组治疗前比较,^aP<0.05。

3 讨 论

近年来,随着我国人口老龄化的加剧,COPD 的发病率逐年上升,对人们生命健康造成严重的影响。目前,临床证实 COPD 发病主要与吸烟、空气污染、职业性粉尘和化学物质、呼吸道感染、遗传、免疫等密切相关^[9]。COPD 发病后可引起患者气道受限、肺功能下降甚至肺衰竭,最终造成患者死亡。现代医学针对 COPD 多采用祛痰剂、支气管扩张剂、抗生素及控制性氧疗等综合治疗措施,可使得患者病情得到快速缓解,但疗效缺乏稳定性和持久性。同时,长时间应用抗生素、激素等药物治疗也会造成诸多不良反应,影响患者预后及生活质量^[10]。本研究探讨了自拟加味五子泻肺汤治疗 COPD 痰浊阻肺证的效果。结果显示,观察组治疗后中医症候积分、mmRC 评分、CAT 评分低于对照组,FVC、FEV1 水平均高于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05)。提示自拟加味五子泻肺汤可有效改善 COPD 痰浊阻肺证患者肺功能及生活质量。同李诚^[11]报道结果一致。

中医在治疗 COPD 方面具有独特优势,中医将 COPD 归属于“咳嗽”“肺胀”“喘证”等病证范畴,认为该病主要由久咳、久喘,迁延不愈,导致五脏功能失调而发病。中医认为 COPD 痰浊阻肺证的病机主要集中在痰、瘀、虚 3 方面,痰、瘀既是 COPD 痰浊阻肺证发展过程中的病理产物,又是导致疾病发生、发展的重要病理因素,而肾、肺两虚则是疾病发病的内在因素,脾失健运、水谷不化、聚湿生痰、痰浊阻肺、肺失宣降为 COPD 痰浊阻肺证的基本病机。根据中医辨证论,应予化痰、止咳、祛瘀、补虚为主要治疗方法。本研究自拟加味五子泻肺汤由紫苏子、白芥子、炒莱菔子、五味子、葶苈子、杏仁、法半夏等数味药材组成,其中紫苏子止咳平喘、降气行痰,白芥子温肺利气、散结消痰,炒莱菔子行气祛痰、消食导滞,五味子收敛肺气,

葶苈子泻肺平喘、行水消肿,五味合用可起到顺气降逆、泻肺平喘、化痰消滞的功效。此外,杏仁降气止咳,法半夏、陈皮下气散结、燥湿化痰,茯苓、白术健脾燥湿,前胡、桂枝化痰,桔梗祛痰止咳,仙茅、淫羊藿补肾纳气,炙甘草止咳益脾、清热解毒兼具调和诸药之功。

既往报道证实,SaO₂、PaO₂ 降低,PaCO₂ 升高是 COPD 患者的典型症状,COPD 病情发展程度与 SaO₂、PaO₂、PaCO₂ 指标水平密切相关,SaO₂、PaO₂ 降低,PaCO₂ 升高提示 COPD 患者出现病情加剧或呼吸衰竭^[12]。研究表明,气道炎症反应是引起 COPD 病情加重的重要机制,WBC 是鉴定感染的重要指标,WBC 越高表示感染程度越重^[13];IL-6、CRP 是主要的炎症标志物,IL-6 主要由单核巨噬细胞分泌,为体内重要促炎症因子,参与炎症反应及免疫调节;CRP 是微生物入侵或组织损伤等炎症刺激时产生的一种急性时相蛋白,其水平的高低直接反映炎症程度^[14]。本研究结果显示,观察组治疗后 PaCO₂、WBC、IL-6、CRP 水平均低于对照组,SaO₂、PaO₂ 均高于对照组。同曹健等^[15]、姜若愚^[16]相关报道结果一致。提示自拟加味五子泻肺汤可有效改善 COPD 痰浊阻肺证患者体内氧合功能,减少肺内残气量,增加二氧化碳清除率,缓解患者炎症,进而提高预后。分析原因,自拟加味五子泻肺汤针对痰浊阻肺证的病机,用药后起到了顺气降逆、消滞平喘、燥湿化痰、宣降肺气的作用,进而缓解患者机体炎症反应,改善患者呼吸功能,提高患者生活质量,使得患者获得良好的治疗效果。

综上所述,自拟加味五子泻肺汤可有效改善 COPD 患者临床症状、肺功能及血气指标,缓解炎症,提高生活质量,治疗效果良好,值得推广和应用。

参考文献

[1] HSIEH M J, HUANG S Y, YANG T M, et al. The im-

- part of 2011 and 2017 global initiative for chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) guidelines on allocation and pharmacological management of patients with COPD in Taiwan: Taiwan Obstructive Lung Disease (TOLD) study[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018,13:2949-2959.
- [2] 何权瀛. 2022 年版 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断及预防全球策略解析[J]. 中国医药导刊, 2022, 24(2): 111-115.
- [3] 孙皓, 王方, 张颖. 老年慢阻肺急性加重期患者营养风险分析及其对预后的影响[J]. 临床肺科杂志, 2021, 26(9): 1338-1342.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组, 中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会, 陈荣昌, 等. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021, 44(3): 170-205.
- [5] 李建生, 李素云, 余学庆. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 80-84.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则·第 1 辑[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 28-31.
- [7] 田建霞, 陈晓香, 王继苹. 改良英国医学研究委员会呼吸困难量表评分、慢性阻塞性肺疾病评估测试评分与慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的相关性及其对肺动脉高压的预测价值[J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 26(12): 44-48.
- [8] 时延伟, 张二明, 郭伟安, 等. CAT 评分对慢性阻塞性肺疾病患者病情及疗效的评估价值[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(2): 152-155.
- [9] 孙甜, 李晓云, 彭雅婷, 等. 慢性阻塞性肺疾病晨间症状与其他临床特征的关系及相关因素分析[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2021, 20(6): 381-387.
- [10] 蒲风云. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期中西医结合规范化诊疗方案的研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2013.
- [11] 李诚. 苏子降气汤加减治疗痰浊阻肺证慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床效果观察[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(3): 179-181.
- [12] 符晶. 无创呼吸机治疗对慢性阻塞性肺疾病合并 2 型呼吸衰竭患者 PaO_2 、 PaCO_2 、 SaO_2 、PCT 及 CRP 指标水平的影响[J]. 吉林医学, 2021, 42(3): 701-702.
- [13] 陈杏娣, 戴智芳, 陈琼. 慢性阻塞性肺疾病患者血清 CRP、PCT 及 WBC 水平与疾病严重程度的相关性[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(5): 1166-1168.
- [14] 段珊, 彭旷, 王卫忠, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血清补体 C5a 水平及其与肺功能、IL-6、CRP 水平相关性研究[J]. 陕西医学杂志, 2020, 49(11): 1444-1447.
- [15] 曹健, 成怡楠. 加味麻杏二三汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰浊阻肺证的临床疗效及安全性[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(21): 2337-2341.
- [16] 姜杏恩. 五子祛痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰浊阻肺证的临床观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2019.

(收稿日期: 2022-12-22 修回日期: 2023-04-23)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.17.032

新型敷料动态化换药模式在寻常型天疱疮创面中的临床应用^{*}

王晓晓, 梁 燕, 王 津[△]
重庆市中医院皮肤科, 重庆 400021

摘要:目的 探讨新型敷料动态化换药模式在寻常型天疱疮创面中的临床应用。方法 选取 2022 年 1—12 月重庆市某医院皮肤科两个病区 60 例天疱疮患者, 将其分为试验组和对照组, 各 30 例。对照组给予常规换药模式, 试验组给予新型敷料动态化换药模式, 比较两组皮损干涸时间、住院时间、多重耐药菌阳性率、患者满意度等差异。结果 试验组平均皮损干涸时间 $[(13.55 \pm 6.27) \text{d}]$ 低于对照组平均皮损干涸时间 $[(17.93 \pm 9.61) \text{d}]$ ($P=0.024$), 住院时间 $(12.24 \pm 5.38) \text{d}$ 短于对照组住院时间 $[(15.97 \pm 8.21) \text{d}]$, 差异均有统计学意义 ($P=0.025$); 试验组多重耐药菌阳性率 (3.13%) 明显低于对照组的 23.68% ($P=0.031$); 试验组患者满意度 (100.00%) 明显高于对照组的 86.67% ($P=0.043$)。结论 新型敷料换药方式较传统换药方式, 可有效帮助寻常型天疱疮患者皮损愈合, 缩短住院时间, 减少感染风险, 提高患者满意度。

关键词: 寻常型天疱疮; 换药; 新型敷料; 创面愈合

中图法分类号: R473

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)17-2596-04

寻常型天疱疮是一种自身免疫性皮肤黏膜大疱病, 临床表现为全身广泛发生薄壁、易破裂的大疱, 伴或不伴黏膜损害^[1-2]。寻常型天疱疮患者创面大, 糜烂面渗出液多、疼痛明显、难愈合, 加之使用大剂量糖

皮质激素治疗, 其抵抗力下降, 容易引发皮肤细菌感染、肺部感染、败血症等而死亡^[3]。因此, 加强皮损创面护理, 定向解决渗液多、糜烂面扩大、感染等问题, 促使创面早日愈合, 是降低寻常型天疱疮病死率和提

* 基金项目: 重庆市科卫联合项目 (2021MSXM084)。

[△] 通信作者, E-mail: 540948964@qq.com。