

# 刺血疗法治疗慢性荨麻疹的临床研究进展

梁万里<sup>1,2</sup>, 洒玉萍<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>青海大学医学院中医部, 青海 西宁

<sup>2</sup>青海省中医院针灸科, 青海 西宁

收稿日期: 2026年2月11日; 录用日期: 2026年3月4日; 发布日期: 2026年3月13日

## 摘要

慢性荨麻疹(Chronic Urticaria, CU)是一种常见的皮肤病, 它以反复出现的瘙痒性风团为特征, 中医上称为隐疹, 俗称风疹块。其发病机制复杂, 涉及自身免疫、炎症介质释放等多重因素。第二代H1抗组胺药是当前的一线标准治疗, 但对部分患者疗效有限, 副作用也不能忽视, 且停药后易复发。中医药与针灸作为重要的补充疗法, 强调整体辨证论治, 在缓解症状、减少复发和改善患者生活质量方面显示出独特潜力, 且安全性较好, 疗效确切, 可起到长期缓解作用, 符合治病必求于本的原则。本文综述了慢性荨麻疹的分类、发病机制、临床表现, 并重点探讨了刺血疗法的研究进展, 为临床提供了除药物治疗外的替代或辅助治疗思路。

## 关键词

慢性荨麻疹, 分类, 针灸, 治疗

# Clinical Research Progress of Blood Prick Therapy in the Treatment of Chronic Urticaria

Wanli Liang<sup>1,2</sup>, Yuping Sa<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Traditional Chinese Medicine, School of Medicine, Qinghai University, Xining Qinghai

<sup>2</sup>Department of Acupuncture and Moxibustion, Qinghai Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qinghai, Xining Qinghai

Received: February 11, 2026; accepted: March 4, 2026; published: March 13, 2026

## Abstract

Chronic Urticaria (CU) is a common inflammatory skin disease dominated by mast cell activation.

\*通讯作者。

Cu is clinically characterized by recurrent wheals and/or angioedema with a course of more than 6 weeks. Its pathogenesis is complex, involving multiple factors such as autoimmunity and the release of inflammatory mediators. Second-generation H1 antihistamines are the current first-line standard treatment, but some patients have limited efficacy and are prone to relapse after drug withdrawal. As an important complementary therapy, traditional Chinese medicine and acupuncture emphasize the holistic treatment based on syndrome differentiation, and show unique potential in relieving symptoms, reducing recurrence and improving the quality of life of patients, with good safety. This article reviews the classification, pathogenesis and clinical manifestations of chronic urticaria, and focuses on the research progress of pricking blood and acupuncture therapy, providing alternative or adjuvant treatment ideas for clinical treatment in addition to drug treatment.

## Keywords

Chronic Urticaria, Classification, Acupuncture and Moxibustion, Treatment

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

荨麻疹是由于皮肤、黏膜小血管扩张, 及渗透性增强出现的一种局限性水肿反应。临床上表现为大小不等的风团伴瘙痒, 发无定处, 骤起骤退, 退后不留痕迹。其中持续六周以上者称为慢性荨麻疹, 不仅顽固难治而且反复发作[1]。其患者可能出现持续性疲劳、睡眠障碍等表现, 荨麻疹还会增加抑郁和焦虑的风险, 显著影响生活质量[2]。中医上荨麻疹被称作“瘾疹”, “以风邪为主导, 气血营卫失和”所致。最近的研究表明, 针灸可以调节体液和细胞免疫, 调节多种信号通路, 抑制肥大细胞激活, 调节基因表达和静息状态脑功能, 从而减轻过敏反应和缓解瘙痒症状[3]。

## 2. 分类

荨麻疹的分类方法有多种, 可根据病程分为急性型(持续时间 <6 周)和慢性型(持续时间 >6 周)[4]。而根据外界诱发因素又可分为慢性自发性和慢性诱发性。慢性自发性荨麻疹的风疹和血管性水肿大多是自发的, 没有一致的可识别诱因, 并且最为常见。而慢性诱发性荨麻疹的风疹和血管性水肿目前有许多有明确的诱因, 如温水浴、热空气和阳光照射、过敏性炎症和免疫失衡、压力等各类复杂因素, 一般约有 20%的荨麻疹患者都是由物理性刺激而引起的, 也称为皮肤过敏[5]。根据刺激的类型, 慢性诱发性荨麻疹可分为物理性荨麻疹, 如皮肤划痕、寒、热、振动、延迟压力或阳光照射时, 可由抚摸、摩擦或抓挠引起; 非物理性荨麻疹, 包括刺激物质时的接触性荨麻疹、水源性荨麻疹和胆碱能荨麻疹, 水和体温的快速升高分别代表特定的触发因素[6]。慢性诱发性荨麻疹的特点是能够通过激发试验重现荨麻疹反应, 包括应用可疑诱发刺激。根据病因和发病机制, 荨麻疹也可分为免疫性、非免疫性和特发性。根据其临床特征, 又可分为自发型、物理型及特殊类型[7]。

中医对荨麻疹主要基于其病因病机和临床表现进行辨证分型。其核心病机多责之于风邪外袭, 常与湿、热、寒、虚等因素相兼为病, 且与脏腑功能失调密切相关, 尤其与肺、脾、肝、肾功能失和有关。主要证型包括: 风热犯表、风寒束表、血虚风燥、胃肠湿热、气滞血瘀等证型[8]。

### 3. 发病机制

荨麻疹的病因复杂, 发病机制尚未完全清楚。目前对慢性自发性荨麻疹的了解表明, 其发病机制涉及一个复杂的炎症通路网络。核心病理生理机制是皮肤肥大细胞的活化导致预先形成的介质(包括组胺和胰蛋白酶)和新合成的介质(如前列腺素 D2 和白三烯)的释放[9]。这些介质随后指导肥大细胞激活的主要过程, 包括血管舒张、血浆外渗、感觉皮肤神经的激活以及病变皮肤中其他免疫细胞的募集, 如 T 细胞、嗜酸性粒细胞和嗜碱性细胞[10]。由于具有广泛的表面受体, 肥大细胞可以被多种 IgE 介导和非 IgE 介导的机制激活[11]。肥大细胞也释放细胞因子和趋化因子, 负责招募血管周围浸润, 见于荨麻疹患者皮肤小静脉周围[12]。然而, 自身抗体、细胞浸润和其他信号和免疫途径(如凝血和补体级联)在慢性荨麻疹中的相互作用仍有待更明确的定义。

在中医理论中, 慢性荨麻疹的发病机制可概括为“本虚标实”。其发生发展是内外因共同作用的结果。外因责之于风邪, “风为百病之长”, 风邪常兼夹寒、热、湿等邪气侵袭人体。外邪客于肌肤腠理之间, 与气血相搏, 营卫失和, 导致肌肤失养, 发为风团瘙痒。内因责之于脏腑功能失调, 其中肺脾功能失调是基础: 肺主皮毛, 主宣发卫气, 司腠理开阖。肺气虚则卫外不固, 腠理疏松, 风邪易袭。脾主运化, 为气血生化之源。脾气虚则运化失职, 一则气血亏虚, 肌肤失养(血虚生风), 二则水湿内停, 郁而化热, 湿热蕴结肌肤, 或与外风相合, 发为疹痒。脾虚湿蕴是胃肠湿热证、部分顽固性荨麻疹的内在病机。肝肾不足是根源: 肝藏血, 主疏泄。肝血不足或情志不畅致肝郁化火, 均可导致阴血亏虚, 血虚生风, 或郁热化风, 风动则痒。肾为先天之本, 藏精。久病及肾, 或禀赋不足, 导致肾精亏虚, 阴阳失调, 机体免疫力紊乱, 是疾病迁延难愈的根本[13]。

综上, 现代医学的肥大细胞活化、炎症介质释放、免疫细胞浸润等微观病理变化, 在中医理论宏观视角下, 可以视为风、湿、热、瘀等邪气搏结于肌肤腠理, 以及气血营卫失调、脏腑功能失和的外在表现。

### 4. 临床表现

慢性荨麻疹是一种常见的炎症性皮肤病, 可单独发生或与血管性水肿及过敏反应相关。特征是短暂性风疹或血管性水肿。风疹通常在几分钟内发生, 在皮肤上表现为局部瘙痒和凸起的红斑丘疹或斑块, 称之为风团。其大小和形状变化很大, 但界限分明, 在 24 小时或更短的时间内消退并恢复正常皮肤。相比之下, 血管性水肿发展较慢, 引起皮肤或粘膜表面及以下水肿, 表现为红斑或肉色肿胀, 其分布不对称, 可在 72 小时内消退[14], 通常涉及的身体部位包括嘴唇、眼睛、脸颊和四肢[15]。荨麻疹的组织学显示真皮浅层肿胀, 伴血管扩张, 无白细胞分裂或损伤。血管周围可见嗜酸性粒细胞和中性粒细胞浸润, 而巨噬细胞或淋巴细胞较少。临床上超过一半患者属于慢性自发性荨麻疹, 发病率为 0.1%~1.5%。其中 40%~60%合并血管性水肿, 而 10%的患者以血管性水肿为主要表现[16]。对成人和儿童均有严重影响, 男女发病率比接近 1:2。并且该病复发率高, 难以根治, 严重影响患者的心理健康和生活质量。其患者临床症状多见于上肢和下肢, 夏季和夜间加重[17]。

结合中医辨证, 其临床表现可进一步细化, 为辨证分型提供依据。其中风团色红、灼热, 多属风热或血热; 色白或淡红, 遇冷加重, 多属风寒; 色淡红或肤色, 反复发作, 多属血虚。日间发作或加重者, 多与阳邪(风热)或卫气活动有关; 夜间或午后加重者, 多与阴血亏虚、虚热内生有关[18]。

### 5. 治疗

#### 5.1. 药物治疗

荨麻疹治疗的关键是找到引起发作的原因, 避免这些诱因和加重因素[19]。但在大多数患者中, 诱因无法识别, 需要全身药物治疗[20], 西药起效快, 但停药后易复发[21]。荨麻疹可在使用抗组胺药的基础

上联合中医治疗, 中药对慢性荨麻疹以整体论治、不良反应小, 且疗效比仅使用抗组胺药更为显著。有研究发现, 复方甘草酸苷药物中的甘草甜素具有抗过敏的作用, 用其与抗组胺药物联合治疗慢性荨麻疹临床疗效更加显著, 并能缩短患者临床症状持续时间[22]。疏风清热方有清热驱邪止痒的功效, 两者联合对风热型急性荨麻疹疗效显著, 可减小其转变为慢性荨麻疹的可能性[23]。

## 5.2. 针刺治疗

为了提高治疗依从性和满足个性化需求, 针灸治疗荨麻疹近年来已成为有价值的补充方法。据文献记载, 针灸治疗慢性荨麻疹在中国有着悠久的历史 and 广泛的临床应用, 可有效缓解慢性荨麻疹的症状[24]。最近的研究表明, 针灸可以通过神经-体液调节途径, 增强巨噬细胞的吞噬作用, 缩短相关抗体的产生时间, 增加相关抗体的含量, 延长其在血液中的作用时间。从而调节人体的免疫功能, 维持免疫功能的动态平衡, 进而治愈疾病[25]。有许多病例报道, 针灸治疗实现了完全恢复和疾病进程的显著改善, 显示了针灸治疗作为皮肤病(包括慢性荨麻疹)的替代治疗方案的潜力[26]-[28]。自血穴位注射疗法集针刺、放血和穴位注射为一体, 此方法复发率低且作用效果持久。

### 5.2.1. 刺络放血联合中药

刺络放血治疗在我国临床应用已久, 对于风热邪毒蕴结肌肤之证, 放血疗法可以祛风邪热, 引邪毒外出。李洁等纳入 210 例血虚风燥型慢性荨麻疹患者为研究对象, 随机分为观察组和对照组, 各 105 例。对照组口服消风散, 观察组加用刺络放血治疗。结果显示, 刺络放血联合消风散可显著提升慢性荨麻疹的疗效, 改善患者症状并增强免疫功能[29]。另一项研究中, 朱霄霄将 62 例血虚风燥型慢性荨麻疹患者分为两组, 对照组单用荨麻疹汤, 观察组联合刺络放血疗法。结果显示, 联合治疗能更有效地降低疾病活动评分, 改善血清指标, 提升患者生活质量[30]。张志军将 106 例风热证慢性荨麻疹患者分组, 对照组使用氯雷他定, 试验组在此基础上加用消风散联合针刺清血抗敏方。结果表明, 中西医结合方案能明显缓解症状, 降低炎症因子水平, 且安全性较好[31]。

李钰等将 83 例血虚风燥证慢性自发性荨麻疹患者分为治疗组(42 例)与对照组(41 例), 治疗组采用针刺、刺血配合徐长卿合剂口服, 对照组口服盐酸左西替利嗪片。治疗组在疗效、生活质量及免疫功能改善方面均表现更优[28]。

### 5.2.2. 针刺联合自血疗法

刘雯雯以 80 例慢性荨麻疹患者为研究对象, 分析慢性荨麻疹患者接受针刺联合自血疗法的效果。治疗组在口服盐酸依匹斯汀胶囊基础上加用针刺联合自血疗法, 对照组仅用盐酸依匹斯汀胶囊治疗。结果发现, 治疗组在症状评分、总体疗效、舒适度、复发率及生活健康指数方面的改善均更为显著[32]。彭拥军的研究亦将 60 例符合要求的患者随机分组, 治疗组予针刺结合自血疗法, 对照组予氯雷他定片。结果显示, 针刺结合自血疗法疗效明确, 且具有安全性高、不良反应少、复发率低等优势[27]。

### 5.2.3. 针刺结合拔罐治疗

刺拔疗法是一种在刺络放血基础上配合拔罐的中医复合疗法, 以针刺拔罐的方式排出因慢性荨麻疹而导致的淤血和代谢产物, 促进局部血液循环, 也包括抽取患者自身静脉血注射到相关的穴位, 刺激机体产生特异性抗体, 改善免疫功能[33], 研究表明针罐结合治疗慢性荨麻疹具有一定临床疗效, 且复发率低[34]。

临床上常用三棱针等无菌针快速穿刺局部穴位皮肤或浅静脉, 释放适量血液后加拔火罐。此法主要用于经证和热证, 还可以用于疼痛证, 瘀血症, 特别是顽固和慢性疾病[35]。现一项研究表明, 针刺结合刺拔疗法对治疗慢性荨麻疹疗效显著, 可有效缓解患者的症状和负面情绪, 改善患者的生活质量、睡眠

质量和 Th1/Th2 细胞因子的平衡[36]。

胡晔将 120 例血虚风燥型荨麻疹患者随机分为两组, 对照组采用督脉刺络放血拔罐治疗, 观察组在此基础上加用“新八髂”针刺, 均连续治疗 3 个月。结果显示, “新八髂”针刺联合督脉刺络放血拔罐治疗血虚风燥型慢性荨麻疹具有显著的疗效, 可以有效缓解症状, 降低患者体内炎症因子的水平, 显著改善患者的生活质量, 有效避免复发情况[37]。

#### 5.2.4. 耳穴压豆结合中药治疗

近年来, 耳穴治疗慢性荨麻疹开始和其他疗法连用。如耳穴可联合针刺、中药、西药及穴位注射等, 不但增强疗效而且也有对患者自身的整体调理作用。贴压耳穴可刺激对应皮肤感应点, 调节内分泌与免疫系统, 从而发挥抗过敏作用。其治疗慢性荨麻疹操作简单, 无不良反应, 疗效较为理想[38]。

## 6. 刺血疗法的选择

### 6.1. 刺血疗法的禁忌症及副作用

刺血产生的副作用, 一是对患者本身的不良影响, 如出血过多、晕针等; 二是对施术者或其他病人的影响, 如交叉感染等[39]。随着刺血疗法的广泛应用, 副作用的问题已经摆在医生和病人面前, 且目前的临床报道, 多数只提及适应证而未提到副作用、禁忌症, 无法明确确定是否适宜进行刺血治疗。禁忌症方面, 凡血液功能异常特别是出凝血功能异常者, 一般禁用刺血疗法, 如必要则需做好止血措施; 传染病应禁用, 如果要应用, 必须制定防止交叉感染措施; 精神紧张者, 应做好解释工作, 待病人彻底放松后才可施治。目前一般认为刺血仅适用于实证, 而不主张用于虚证[40]。

### 6.2. 针灸处方及操作

刺血处方多选取大椎与膈俞、血海。大椎为督脉与手足三阳经交会穴, 阳气汇聚之所, 该病治疗取其可调一身阳气、散风祛邪功效; 膈俞为八会穴血会, 取其可调一身血气、泻瘀血祛伏瘀功效, 血海为脾经所生之血聚集处, 取其平补平泻以运化脾血、理血和营、调畅脾玄府通达。辩证施治上, 曲池合谷同用, 施以毫针泻法既可疏散皮玄府风邪以解表, 又能清泻大肠玄府以泻热, 对外感风邪或胃肠郁热皆可起效, 加以太冲功擅疏肝理气, 解肝玄府郁滞, “开四关”可调达玄府开阖, 通行全身气机运转, 行气活血, 既可祛风[41]。采用刺血疗法放出恶血, 以祛风通络、活血散瘀、调畅郁闭不通的皮表和脏腑玄府, 点刺腧穴的同时还可激发机体正气, 以扶正祛邪、标本兼治、恢复玄府开阖功能, 使脏腑皮腠气血通利, 邪去而正复。采用一次性无菌三棱针(0.40 mm × 38 mm)点刺, 可在被刺部位或其周围用推、揉、挤、捋等方法, 使局部充血。点刺时, 用一手固定被刺部位, 另一手持针, 露出针尖 3~5 mm, 对准所刺部位快速刺入并迅速出针, 进出针时针体应保持在同一轴线上。点刺后可放出适量血液或黏液, 也可辅以推挤方法增加出血量或出液量。

### 6.3. 三棱针治疗出血量计量标准

古人记述三棱针放血量, 惯用“如豆”“似珠”“盈粟”等形象比喻, 形象方便但缺乏统一度量, 需结合部位与体质酌情控制, 如《素问·刺热》篇: “肺热病者……刺手太阴、阳明, 出血如大豆, 立已”; 或“微出血”“少出血”“多出血”, 《素问·刺腰痛》篇曰: “刺解脉, 在郄中络如黍米, 刺之血射以黑, 见赤血而已”, 《灵枢·寿夭刚柔》又说: “久痹不去身者, 视其血络, 尽出其血”; 或“出血盈斗盈升”者。现代三棱针治疗的出血量常用“滴”或“毫升”计量。对于不同的疾病、不同的地区甚至不同的大夫, 三棱针的操作其出血量是不等的, 临床的出血量大都根据体质、季节、病情、部位的不同来确定。陈泽林、郭义在总结古今医家及各地计量经验的基础上, 参考近 30 年的文献报道, 发现单个部位

的出血量一般多在 2~10 mL 左右。可用“微量、少量、中等量、大量”去描述：微量：出血量在 1.0 mL 以下(含 1.0 mL)；少量：出血量在 1.1~5.0 mL(含 5.0 mL)；中等量：出血量在 5.1~10.0 mL(含 10.0 mL)；大量：出血量在 10.0 mL 以上[42]。

## 7. 质量评价

为客观对比不同刺血疗法相关研究的疗效差异，现整理纳入的临床研究数据，具体包括样本量、干预方案、疗效指标及有效率等关键信息，详见表 1。

**Table 1.** Comparison of clinical research data of blood prick therapy in the treatment of chronic urticaria

**表 1.** 刺血疗法治疗慢性荨麻疹研究数据对比

研究	样本量	对照组	治疗组	主要疗效指标	治疗周期	有效率对比
李钰[28]	80 例	盐酸左西替利嗪	刺血疗法	UAS7、EOS 百分比	1 周	治疗组 95.0%， 对照组 80.0%
霍焕民[43]	160 例	氯雷他定	刺血疗法	症状体征积分	4 周	治疗组 91.3%， 对照组 81.3%
廖小七[44]	166 例	地氯雷他定	曲池穴放血	症状积分、IgE、嗜酸性粒细胞	4 周	治疗组 91.9%， 对照组 64.9%

其中廖小七[44]进行了后续随访，并对比了两种治疗方法的复发率，规定治疗后 1 个月对治愈及显效患者进行随访，1 个月内再次出现相同症状者视为复发，即达到治愈及显效标准的患者在停药 4 星期后若其 SSRI 回落至 60%以下。治疗组 52 例患者中复发 11 例，复发率为 21.2%；对照组 39 例患者中复发 16 例，复发率为 41.0%。两组复发率比较，差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。

## 8. 小结

慢性荨麻疹是常见的复发性过敏性皮肤病，以痒斑、瘙痒为主要表现，每次出现痒斑后 24 小时内可消退，复发持续 6 周以上。由于病程长，诱因多，复发率高，医疗费用高，极大地损害了患者的身心健康和生活质量。目前临床常规治疗药物包括抗组胺药、激素、免疫抑制剂等[45]。然而，长期服用这些药物会引发患者的耐受性。研究表明，抗组胺药的中位耐受性为 3 年，治疗不足将不可避免地导致疾病复发[46]。此外，长期口服药物也会导致诸如头痛、嗜睡、疲劳、口干和过敏等不良反应。因此，探索安全有效地补充与替代疗法具有重要的临床意义。在中国，针灸作为补充和替代疗法的重要组成部分，在临床实践中被广泛用于治疗皮肤问题。一系列的系统评价已经证明了特异性治疗的有效性和安全性[25][47]。针灸治疗慢性荨麻疹虽有效，但也存在一些局限性。如具体生物学机制尚未阐明，针灸取穴、手法、疗程等差异较大，缺乏被广泛认可的最佳方案，需通过高质量研究优化并制定标准化、可推广的治疗方案。

## 声明

本文不存在任何利益冲突。

## 参考文献

- [1] 徐菲鹏, 陈泽林. 针刺配合放血与灸法治疗荨麻疹疗效的思考[J]. 光明中医, 2015, 30(2): 332-333.
- [2] Hızlı, P., Gülcen, B. and Kılıç, F.A. (2024) Acupuncture Enhances Quality of Life and Disease Control in Chronic Spontaneous Urticaria Patients on Omalizumab: A Study of 61 Cases. *Medical Science Monitor*, 30, e945935. <https://doi.org/10.12659/msm.945935>

- [3] Tang, Y., Cheng, S., Wang, J., Jin, Y., Yang, H., Lin, Q., *et al.* (2022) Acupuncture for the Treatment of Itch: Peripheral and Central Mechanisms. *Frontiers in Neuroscience*, **15**, Article 786892. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.786892>
- [4] 张绍丹, 靳诗雨, 李瑞, 等. 中医治疗慢性荨麻疹的进展[J]. 皮肤病与性病, 2023, 45(1): 33-36.
- [5] 王佳怡, 李捷. 慢性荨麻疹发病机制的研究进展[J]. 中南大学学报(医学版), 2023, 48(10): 1602-1610.
- [6] McSweeney, S.M., Christou, E.A.A., Maurer, M., Grattan, C.E., Tziotziou, C. and McGrath, J.A. (2023) Physical Urticaria: Clinical Features, Pathogenesis, Diagnostic Work-Up, and Management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, **89**, 324-337. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.02.062>
- [7] Lee, R. and Bernstein, J.A. (2025) Chronic Spontaneous Urticaria and Chronic Inducible Urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, **156**, 546-556. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2025.05.019>
- [8] 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.
- [9] Church, M.K., Kolkhir, P., Metz, M. and Maurer, M. (2018) The Role and Relevance of Mast Cells in Urticaria. *Immunological Reviews*, **282**, 232-247. <https://doi.org/10.1111/imr.12632>
- [10] Giménez-Arnau, A.M., de Montjoye, L., Asero, R., Cugno, M., Kulthanan, K., Yanase, Y., *et al.* (2021) The Pathogenesis of Chronic Spontaneous Urticaria: The Role of Infiltrating Cells. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, **9**, 2195-2208. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.03.033>
- [11] Tarkowski, B., Ławniczak, J., Tomaszewska, K., Kurowski, M. and Zalewska-Janowska, A. (2023) Chronic Urticaria Treatment with Omalizumab—Verification of NLR, PLR, SIRI and SII as Biomarkers and Predictors of Treatment Efficacy. *Journal of Clinical Medicine*, **12**, Article 2639. <https://doi.org/10.3390/jcm12072639>
- [12] 岳颖, 侯淑萍. 中医药治疗慢性荨麻疹药理作用和临床应用的研究进展[J]. 中草药, 2022, 53(23): 7596-7605.
- [13] 思聪, 安军明. 安军明针灸治疗慢性荨麻疹临床经验[J]. 中医临床研究, 2021, 13(18): 50-52.
- [14] Schettini, N., Corazza, M., Schenetti, C., Pacetti, L. and Borghi, A. (2023) Urticaria: A Narrative Overview of Differential Diagnosis. *Biomedicines*, **11**, Article 1096. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11041096>
- [15] Oliver, E.T. and Saini, S.S. (2024) Chronic Spontaneous Urticaria: Etiology and Pathogenesis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, **44**, 421-438. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2024.03.002>
- [16] 宋志强. 慢性荨麻疹的临床分型、定义、特征及其分型的意义[J]. 皮肤病与性病, 2015, 37(1): 14-15.
- [17] 邹佳华, 龚丽萍, 黄港, 等. 慢性荨麻疹中医体质类型分布的系统评价和 Meta 分析[J]. 江西中医药大学学报, 2023, 35(2): 53-59.
- [18] 李静, 王伟, 高琴. 荨麻疹的中医药认识及论治方法进展[J]. 中医研究, 2023, 36(1): 87-92.
- [19] Kumaran, M., Mustari, A. and Bishnoi, A. (2023) Biologicals in Treatment of Chronic Urticaria: A Narrative Review. *Indian Dermatology Online Journal*, **14**, 9-20. [https://doi.org/10.4103/idoj.idoj\\_145\\_22](https://doi.org/10.4103/idoj.idoj_145_22)
- [20] Kolkhir, P., Fok, J.S., Kocatürk, E., Li, P.H., Okas, T., Marcelino, J., *et al.* (2025) Update on the Treatment of Chronic Spontaneous Urticaria. *Drugs*, **85**, 475-486. <https://doi.org/10.1007/s40265-025-02170-4>
- [21] 金芳草, 李旭阳, 董娟, 等. 急性荨麻疹患者降钙素原与糖皮质激素应用的相关分析[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2021, 28(3): 194-196, 201.
- [22] 李金玲, 纪伟, 曹海鹰, 等. 复方甘草酸苷联合地氯雷他定治疗慢性荨麻疹的效果[J]. 吉林医学, 2022, 43(5): 1310-1311.
- [23] 李兵, 田刚, 王习姣, 等. 疏风清热方联合放血治疗风热型急性荨麻疹的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(6): 147-149.
- [24] Zheng, Q., Zheng, H., Zhou, S., Shi, Y., Zhang, L., Xiao, X., *et al.* (2022) Efficacy of Acupuncture Treatment for Chronic Spontaneous Urticaria: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *BMJ Open*, **12**, e045027. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045027>
- [25] Wei, W., Wu, Y., Zhang, S., Li, B., Cheng, Z. and Zhao, W. (2025) Clinical Efficacy and Safety of Acupuncture in the Treatment for Chronic Spontaneous Urticaria: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, **12**, Article 1498795. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1498795>
- [26] 李记泉, 刘白雪, 戴俭宇, 等. “形神共调”针法治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(23): 3314-3317.
- [27] 彭拥军, 王天赐, 郭琴, 等. 针刺结合自血疗法治疗慢性荨麻疹临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(4): 5-8.
- [28] 李钰, 鄢德政, 王飞虎, 等. 针刺、刺血疗法配合药物治疗慢性自发性荨麻疹疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2023, 42(3): 268-273.

- [29] 李洁, 丁波. 刺络放血联合消风散治疗血虚风燥型慢性荨麻疹的临床效果[J]. 中国社区医师, 2023, 39(28): 62-64.
- [30] 朱霄霄. 刺络放血疗法结合荨麻汤治疗血虚风燥型慢性荨麻疹的效果分析[J]. 中国实用医药, 2025, 20(3): 144-147.
- [31] 张志军. 消风散联合针刺清血抗敏方治疗慢性荨麻疹临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(10): 47-51.
- [32] 刘雯雯, 吴绿叶, 陈金云. 针刺联合自血疗法治疗慢性荨麻疹临床价值分析[J]. 内蒙古中医药, 2025, 44(3): 127-129.
- [33] 景晨, 程佩, 连清. 从正气存内邪不可干角度探讨自血疗法治疗慢性荨麻疹[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(4): 87-89.
- [34] 薛维华, 李佳鑫, 杨洁, 等. 调和脾胃思想指导针罐结合治疗慢性荨麻疹的临床疗效观察[J]. 河北中医药学报, 2025, 40(3): 44-47.
- [35] Ye, Y.J., Xie, Y.X., Yan, T.W., *et al.* (2020) [Rolling Needle Pricking-Cupping Therapy and Traditional Pricking-Cupping Therapy for Cervical Spondylosis of Neck Type: A Randomized Controlled Trial]. *Chinese Acupuncture & Moxibustion*, **40**, 1299-1303.
- [36] Shi, Y., Guo, H., Du, Y., *et al.* (2023) Acupuncture Combined with Pricking and Cupping Therapy Is Effective in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. *American Journal of Translational Research*, **15**, 1195-1203.
- [37] 胡晔, 李钰, 王钊, 等. “新八髻”针刺联合督脉刺络放血拔罐治疗慢性荨麻疹的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(8): 17-21.
- [38] 肖明明, 张敏, 王艳童, 等. 耳穴治疗慢性荨麻疹的研究概况[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(3): 136-138.
- [39] 穆艳云, 夏有兵, 程洁, 等. 我国刺血疗法研究现状及思考[J]. 南京中医药大学学报, 2011, 27(6): 594-597.
- [40] 黎崖冰. 刺血疗法的现状与思考[J]. 国医论坛, 2004(4): 19-20.
- [41] 杜玉菜, 刘文珊, 李宏坤, 等. 基于玄府理论对慢性自发性荨麻疹针灸治疗方案的探析[J]. 中国医药导报, 2024, 21(25): 131-134.
- [42] 陈泽林, 郭义, 李桂兰. 国家标准《针灸技术操作规范第4部分: 三棱针》的若干问题探讨[J]. 中国针灸, 2009, 29(2): 151-154.
- [43] 霍焕民. 针刺放血疗法治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]. 中国针灸, 2014, 34(1): 41-43.
- [44] 廖小七, 王菁. 曲池穴放血疗法治疗风热型慢性荨麻疹疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(11): 1323-1325.
- [45] Metz, M., Sussman, G., Gagnon, R., Staubach, P., Tanus, T., Yang, W.H., *et al.* (2021) Fenebrutinib in H1 Antihistamine-Refractory Chronic Spontaneous Urticaria: A Randomized Phase 2 Trial. *Nature Medicine*, **27**, 1961-1969. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01537-w>
- [46] Iriarte Sotés, P., Armisen, M., Usero-Bárcena, T., Rodriguez Fernández, A., Otero Rivas, M., Gonzalez, M., *et al.* (2021) Efficacy and Safety of Up-Dosing Antihistamines in Chronic Spontaneous Urticaria: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, **31**, 282-291. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0649>
- [47] Xiao, X., Cao, W., Zou, Z., Chen, S., Yang, Q., Qin, D., *et al.* (2024) Minimal Clinically Important Difference for Acupuncture for Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: Secondary Analysis from a Multicentre Randomised Controlled Trial in China. *BMJ Open*, **14**, e085041. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085041>