

金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂治疗玫瑰痤疮的临床研究

宋红娟¹, 马国安¹, 闫 婷², 刘丽丽³, 丁红炜¹

1. 衡水市人民医院 皮肤科, 河北 衡水 053000

2. 衡水市人民医院 胸外科, 河北 衡水 053000

3. 衡水市第四人民医院 耳鼻喉科, 河北 衡水 053000

摘要: **目的** 观察金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂治疗玫瑰痤疮的临床疗效。**方法** 纳入衡水市人民医院 2022 年 4 月—2024 年 2 月收治的玫瑰痤疮患者 100 例, 采用随机数字表法将患者分为对照组和治疗组, 各 50 例。对照组患处外用克林霉素甲硝唑搽剂, 每日早晚各 1 次, 待药液干燥后全面部涂医用愈肤生物膜。治疗组在对照组的基础上口服金花消痤丸, 1 袋/次, 3 次/d。两组疗程均为 4 周。比较两组的临床疗效、临床症状积分、皮肤生理指标、生活质量、血清因子。**结果** 治疗组的总有效率为 94.00%, 高于对照组的总有效率 76.00% ($P < 0.05$)。治疗后, 两组潮红斑评分、毛细血管扩张评分、丘疹和脓疱评分下降 ($P < 0.05$), 且治疗组潮红斑评分、毛细血管扩张评分、丘疹和脓疱评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组表皮水分流失量、皮肤油脂量下降, 皮肤角质层含水量升高 ($P < 0.05$), 且治疗组表皮水分流失量、皮肤油脂量低于对照组, 皮肤角质层含水量高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组玫瑰痤疮生活质量量表 (RosaQoL) 评分下降 ($P < 0.05$), 且治疗组 RosaQoL 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组血清 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素 (IL)-37、IL-17A、IL-6、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平下降 ($P < 0.05$), 治疗组血清 CRP、IL-37、IL-17A、IL-6、TNF- α 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂治疗玫瑰痤疮可有效改善临床症状, 提高生活质量, 降低炎症因子水平。**关键词:** 金花消痤丸; 克林霉素甲硝唑搽剂; 玫瑰痤疮; 潮红斑评分; 表皮水分流失量; 玫瑰痤疮生活质量量表评分; C 反应蛋白; 白细胞介素-37; 肿瘤坏死因子- α

中图分类号: R986

文献标志码: A

文章编号: 1674-5515(2025)08-2063-05

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2025.08.030

Clinical study of Jinhua Xiaocuo Pills combined with Clindamycin Hydrochloride and Metronidazole Liniment in treatment of rosacea

SONG Hongjuan¹, MA Guoan¹, YAN Ting², LIU Lili³, DING Hongwei¹

1. Department of Dermatology, Hengshui People's Hospital, Hengshui 053000, China

2. Thoracic Surgery, Hengshui People's Hospital, Hengshui 053000, China

3. Department of Otolaryngology, Hengshui Fourth People's Hospital, Hengshui 053000, China

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of Jinhua Xiaocuo Pills combine with Clindamycin Hydrochloride and Metronidazole Liniment in treatment of rosacea. **Methods** A total of 100 patients with rosacea admitted to Hengshui People's Hospital from April 2022 to February 2024 were divided into control group and treatment group using a random number table method, with 50 patients in each group. The control group applied Clindamycin Hydrochloride and Metronidazole Liniment topically to the affected area, once in the morning and once in the evening. After the medicine was dried, the entire area was coated with a medical healing biofilm. The treatment group took Jinhua Xiaocuo Pills orally on the basis of the control group, 1 bag/time, 3 times daily. The treatment course for two groups was 4 weeks. The clinical efficacy, clinical symptom score, skin physiological index, quality of life, and serum factors were compared between two groups of patients. **Results** The total effective rate of the treatment group was 94.00%, which was higher than the total effective rate of 76.00% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of erythema, telangiectasia, papules, and pustules in two groups decreased ($P < 0.05$), and the scores of erythema, telangiectasia, papules, and pustules in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the loss of epidermal water and the amount of

收稿日期: 2025-06-02

基金项目: 衡水市科技计划项目 (2021014078Z)

作者简介: 宋红娟 (1982—), 女, 副主任医师, 硕士, 从事皮肤病诊治。E-mail: sshhj1982@126.com

skin oil decreased in two groups, while the moisture content of the stratum corneum increased ($P < 0.05$). Moreover, the loss of epidermal water and the amount of skin oil in the treatment group were lower than those in the control group, while the moisture content of the stratum corneum was higher than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the RosaQoL scores of two groups decreased ($P < 0.05$), and the RosaQoL score of the treatment group was lower than that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the serum levels of C-reactive protein (CRP), interleukin-37 (IL-37), IL-17A, IL-6, and tumor necrosis factor- α (TNF- α) decreased in two groups ($P < 0.05$), and the serum levels of CRP, IL-37, IL-17A, IL-6, and TNF- α in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of Jinhua Xiaocuo Pills combine with Clindamycin Hydrochloride and Metronidazole Liniment in treatment of rosacea can effectively improve clinical symptoms, enhance quality of life, and reduce levels of inflammatory factors.

Key words: Jinhua Xiaocuo Pills; Clindamycin Hydrochloride and Metronidazole Liniment; rosacea; score of erythema; loss of epidermal water; RosaQoL score; CRP; IL-37; TNF- α

玫瑰痤疮是一种表现为毛细血管扩张、面部红斑、丘疹、脓疱的慢性炎症性皮肤病^[1]。玫瑰痤疮在全球范围内的发病率为 1%~10%，多见于 30~50 岁人群，女性发病率高于男性，但男性患者病情往往更严重（如鼻赘更常见）^[2]。玫瑰痤疮的治疗方案较多，但未能统一，多以控制症状、预防复发、改善生活质量为主。克林霉素甲硝唑搽剂为复方制剂，主要成分为甲硝唑、盐酸克林霉素，包括清洁、抗菌、消炎、抗感染、调节油脂分泌等作用，能够有效地治疗寻常痤疮^[3]。金花消痤丸是一种口服类中药制剂，在皮肤科经常使用，具有清热泻火、解毒消肿的功效^[4]。本研究观察金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂治疗玫瑰痤疮的临床疗效，旨在为临床应用提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入衡水市人民医院 2022 年 4 月—2024 年 2 月收治的玫瑰痤疮患者 100 例，其中男 57 例，女 43 例；年龄 18~49 岁，平均 (32.33 ± 3.02) 岁；病程 4 个月~5 年，平均 (2.91 ± 0.77) 月。研究方案通过衡水市人民医院伦理学委员会批准（编号：202203-17）。

纳入标准：（1）符合《中国玫瑰痤疮诊疗指南（2021 版）》中诊断标准^[5]；（2）2 周内未接受过任何治疗；（3）患者自愿参与研究，并签订知情同意书。

排除标准：（1）合并其他可能干扰研究的皮肤病（如痤疮、脂溢性皮炎、红斑狼疮、接触性皮炎等）；（2）合并严重心血管疾病、肝功能不全、免疫系统疾病等；（3）服用糖皮质激素、免疫抑制剂者；（4）妊娠、哺乳妇女；（5）患有光敏性或严重系统性疾病者；（6）对研究药物或治疗方案有禁

忌证或过敏史；（7）近期参与其他临床试验。

1.2 药物信息

克林霉素甲硝唑搽剂采购自黑龙江天龙药业有限公司，规格 40 mL，生产批号 220215、230514、240112。金花消痤丸采购自昆明中药厂有限公司，规格 4 g/袋，生产批号 220311、230212、231214。

1.3 分组和治疗方法

采用随机数字表法将患者分为对照组和治疗组，各 50 例。对照组男 28 例，女 22 例；年龄 18~49 岁，平均 (32.49 ± 3.17) 岁；病程 4 个月~4 年，平均 (2.94 ± 0.78) 月。治疗组男 29 例，女 21 例；年龄 19~47 岁，平均 (32.16 ± 2.86) 岁；病程 6 个月~5 年，平均 (2.88 ± 0.76) 月。两组一般资料对比未见统计学差异，临床可比。

对照组患处外用克林霉素甲硝唑搽剂，每日早晚各 1 次，待药液干燥后全面部涂医用愈肤生物膜。治疗组在对照组的基础上口服金花消痤丸，1 袋/次，3 次/d。两组疗程均为 4 周。

1.4 临床疗效评价标准^[6]

治愈：局部充血性红斑、脓疱、丘疹、毛细血管扩张、结节消失，恢复本来面目。好转：临床症状明显缩小或皮色转淡。无效：与治疗前比较无明显改变。

总有效率 = (治愈例数 + 好转例数) / 总例数

1.5 观察指标

1.5.1 临床症状积分 治疗前后参考美国玫瑰痤疮协会专家委员会（NRSEC）评估两组临床症状潮红斑、毛细血管扩张以及丘疹和脓疱评分。毛细血管扩张评分中，3 分：面积 > 30% 面部面积；2 分：10% < 面积 ≤ 30% 面部面积；1 分：面积 ≤ 10% 面部面积；0 分：无。潮红斑评分中，3 分：严重病变，广泛分布于整个面部；2 分：明显病变，分布于面

部或面中部; 1 分: 轻微病变, 分布于面中部; 0 分: 无。丘疹和脓疱评分中, 3 分: >40 个; 2 分: 11~30 个; 1 分: <10 个; 0 分: 无^[7]。

1.5.2 皮肤生理指标 治疗前后使用北京百奥莱博科技有限公司生产的皮肤检测仪检测皮肤生理指标表皮水分流失量、皮肤油脂量、皮肤角质层含水量。

1.5.3 生活质量 治疗前后采用玫瑰痤疮生活质量量表 (RosaQoL) 评分评估患者的生活质量。每个问题采用 4 分制 Likert 量表, 评分范围为 0~3 分, 0 分: 从未; 1 分: 偶尔; 2 分: 经常; 3 分: 总是。量表总分为 21 个问题的得分之和, 范围为 0~63 分, 分数越高, 表示玫瑰痤疮对患者生活质量的影响越严重^[8]。

1.5.4 血清因子 治疗前后留取静脉血 5 mL, 静置 30 min 后, 经离心处理 (2 800 r/min 离心 12 min, 离心半径 8 cm), 取上层血清保存-80 ℃冰箱中待检测。采用放射免疫法检测血清 C 反应蛋白 (CRP) 水平, 试剂盒购自温州科淼生物科技有限公司。采用酶联免疫吸附法检测肿瘤坏死因子-α (TNF-α)、白细胞介素 (IL) -6、IL-17A、IL-37 水平, 试剂盒均购自上海酶联生物科技有限公司。

1.6 不良反应观察

记录两组患者治疗期间的不良反应 (如刺痛、瘙痒) 情况, 同时随访半年, 观察复发情况, 计算复发率。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 26.0 处理数据。符合正态分布数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料用例数 (百分数) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗组的总有效率为 94.00%, 高于对照组的总有效率 76.00% ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组临床症状积分比较

治疗后, 两组潮红斑评分、毛细血管扩张评分、丘疹和脓疱评分下降 ($P<0.05$), 且治疗组潮红斑评分、毛细血管扩张评分、丘疹和脓疱评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

2.3 两组皮肤生理指数比较

治疗后, 两组表皮水分流失量、皮肤油脂量下降, 皮肤角质层含水量升高 ($P<0.05$), 且治疗组表皮水分流失量、皮肤油脂量低于对照组, 皮肤角质层含水量高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

2.4 两组生活质量比较

治疗后, 两组 RosaQoL 评分下降 ($P<0.05$), 且治疗组 RosaQoL 评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

2.5 两组血清炎症因子水平比较

治疗后, 两组血清 CRP、IL-37、IL-17A、IL-6、TNF-α 水平下降 ($P<0.05$), 治疗组血清 CRP、IL-37、IL-17A、IL-6、TNF-α 水平低于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 1 两组临床疗效比较
Table 1 Comparison on efficacy between two groups

组别	n/例	治愈/例	好转/例	无效/例	总有效率/%
对照	50	10	28	12	76.00
治疗	50	14	33	3	94.00*

与对照组相比: * $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs control group.

表 2 两组临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)
Table 2 Comparison on clinical symptom scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	潮红斑评分	毛细血管扩张评分	丘疹和脓疱评分
对照	50	治疗前	2.04±0.27	1.78±0.25	1.71±0.22
		治疗后	1.81±0.35*	1.53±0.26*	1.58±0.17*
治疗	50	治疗前	2.08±0.39	1.76±0.33	1.69±0.24
		治疗后	1.42±0.32*▲	1.31±0.28*▲	1.42±0.22*▲

与同组治疗前对比: * $P<0.05$; 与对照组治疗后对比: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 3 两组皮肤生理指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison on skin physiological indexes between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	表皮水分流失量/(g·m ⁻² ·h ⁻¹)	皮肤油脂量/(μg·cm ⁻²)	皮肤角质层含水量/%
对照	50	治疗前	14.32±2.33	245.25±26.20	42.83±6.70
		治疗后	10.28±1.60*	206.22±18.33*	51.50±7.45*
治疗	50	治疗前	14.28±1.49	246.67±21.36	42.44±5.63
		治疗后	7.95±1.46*▲	175.13±15.72*▲	62.97±8.54*▲

与同组治疗前对比: **P*<0.05; 与对照组治疗后对比: ▲*P*<0.05。

**P*<0.05 vs same group before treatment; ▲*P*<0.05 vs control group after treatment.

表 4 两组 RosaQoL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison on RosaQoL scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	RosaQoL 评分	
		治疗前	治疗后
对照	50	41.86±5.62	28.42±4.51*
治疗	50	41.15±7.02	19.12±2.03*▲

与同组治疗前对比: **P*<0.05; 与对照组治疗后对比: ▲*P*<0.05。

**P*<0.05 vs this group before treatment; ▲*P*<0.05 vs control group after treatment.

表 5 两组血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison on serum levels of inflammatory factors between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	CRP/(mg·L ⁻¹)	IL-37/(pg·mL ⁻¹)	IL-17A/(pg·mL ⁻¹)	IL-6/(pg·mL ⁻¹)	TNF-α/(pg·mL ⁻¹)
对照	50	治疗前	14.87±2.63	7.71±1.57	15.68±2.71	10.02±2.57	15.93±3.15
		治疗后	10.36±2.20*	4.28±1.32*	11.32±2.74*	7.11±1.47*	10.24±3.23*
治疗	50	治疗前	14.67±3.89	7.66±1.28	15.53±2.02	10.13±1.04	16.02±2.69
		治疗后	7.35±1.53*▲	2.32±0.69*▲	8.13±1.65*▲	4.07±0.82*▲	7.15±1.21*▲

与同组治疗前对比: **P*<0.05; 与对照组治疗后对比: ▲*P*<0.05。

**P*<0.05 vs same group before treatment; ▲*P*<0.05 vs control group after treatment.

2.6 两组不良反应和复发情况比较

对照组出现 1 例刺痛, 治疗组出现 1 例刺痛, 1 例瘙痒, 对照组、治疗组不良反应总发生率分别为 2.00%、4.00%, 组间对比无差异。随访半年, 对照组出现 7 例复发, 治疗组出现 2 例复发, 两组复发率分别为 14.00%、4.00%, 组间对比无差异。

3 讨论

玫瑰痤疮病因和发病机制尚未完全明确, 但涉及多种因素, 包括遗传、免疫异常、神经血管调节失调、皮肤屏障功能障碍和微生物感染等^[1]。克林霉素甲硝唑搽剂通过抗菌、抗炎、减少皮脂分泌和促进修复等多重机制有效缓解玫瑰痤疮的临床症状^[9]。金花消痤丸清热解毒、凉血消肿, 可调节内分泌和改善皮肤微循环等^[10]。本研究结果显示, 治疗后, 治疗组的总有效率、皮肤角质层含水量较对照组更高, 潮红斑、毛细血管扩张、丘疹和脓疱评分和表皮水分流失量、皮肤油脂量较对照组更低,

提示金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂治疗玫瑰痤疮可有效改善临床症状, 提高临床疗效。

克林霉素甲硝唑搽剂通过抗菌、抗炎、减少皮脂分泌和促进修复提高皮肤角质层含水量, 减少表皮水分流失量、皮肤油脂量, 有效缓解症状^[11]。相关研究也证实, 克林霉素甲硝唑搽剂组份为克林霉素和甲硝唑, 其中克林霉素间接减少皮脂分泌, 改善毛囊堵塞, 促进皮肤修复, 而甲硝唑可促进皮肤修复, 改善红斑和毛细血管扩张^[12-13]。玫瑰痤疮常伴有局部炎症和红肿, 而金花消痤丸清热解毒功效有助于缓解这些症状。两药从不同机制出发协同改善皮肤状况, 提高疗效。治疗组的 RosaQoL 评分低于对照组, 生活质量改善效果更佳, 这主要是因为联合治疗可有效改善临床症状, 减轻疾病对日常生活的影响, 从而提高患者的生活质量。

CRP 是一种急性期反应蛋白, 通过激活补体系统和促进炎症细胞浸润加重皮肤炎症^[14]。TNF-α 是

一种促炎细胞因子,在玫瑰痤疮中,可激活 NF- κ B 通路促进其他炎症因子释放,加重炎症反应^[15-16]。IL-6 是一种多功能细胞因子,可促进 Th17 细胞分化和炎症介质释放^[17-18],同时还参与血管生成和纤维化过程,可能与玫瑰痤疮的皮肤增厚和毛细血管扩张有关^[19]。IL-17A 主要由 Th17 细胞产生,在玫瑰痤疮中,可促进中性粒细胞浸润,导致皮肤屏障功能破坏和炎症加重^[20-21]。IL-37 是一种抗炎细胞因子,在玫瑰痤疮中,通过抑制 NF- κ B 和 MAPK 信号通路减少促炎因子的产生,发挥抗炎作用^[22]。本研究结果显示,金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂可有效减轻炎症反应。

综上所述,金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂治疗玫瑰痤疮可有效改善临床症状,提高生活质量,降低炎症因子水平。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 牡丹,杨笛,郝丹,等.玫瑰痤疮发病机制和治疗的最新进展[J].中国美容医学,2016,25(6):112-115.
- [2] Saurat J H, Halioua B, Baissac C, et al. Epidemiology of acne and rosacea: A worldwide global study [J]. *J Am Acad Dermatol*, 2024, 90(5): 1016-1018.
- [3] 丁文,李玉萍.克林霉素甲硝唑搽剂联合阿达帕林治疗寻常痤疮患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2024,40(21):3087-3091.
- [4] 邓智建,李占国,曹冬梅,等.金花消痤丸联合 0.05% 他扎罗汀乳膏治疗寻常性痤疮的疗效观察[J].中国药房,2010,21(12):1124-1126.
- [5] 中华医学会皮肤性病学分会玫瑰痤疮研究中心,中国医师协会皮肤科医师分会玫瑰痤疮专业委员会.中国玫瑰痤疮诊疗指南(2021 版)[J].中华皮肤科杂志,2021,54(4):279-288.
- [6] 王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010:1328.
- [7] Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea [J]. *J Am Acad Dermatol*, 2004, 50(6): 907-912.
- [8] Deng Y, Peng Q, Yang S, et al. The rosacea-specific quality-of-life instrument (RosQol): Revision and validation among Chinese patients [J]. *PLoS One*, 2018, 13(2): e0192487.
- [9] 马晓红,张亚勤.异维 A 酸胶囊间歇疗法联合克林霉素甲硝唑治疗中重度痤疮的临床疗效[J].医学临床研究,2023,40(8):1157-1160.
- [10] 张静娴,王丽丽,汪国鑫,等.金花消痤丸联合异维 A 酸治疗重度痤疮的疗效观察[J].现代药物与临床,2024,39(10):2601-2605.
- [11] Armillei M K, Lomakin I B, Del Rosso J Q, et al. Scientific rationale and clinical basis for clindamycin use in the treatment of dermatologic disease [J]. *Antibiotics* (Basel), 2024, 13(3): 270.
- [12] 陈倩梅,龙惠,高爱莉,等.克林霉素甲硝唑搽剂联合异维 A 酸软胶囊治疗痤疮的疗效[J].临床合理用药,2024,17(13):94-96.
- [13] 丁文,李玉萍.克林霉素甲硝唑搽剂联合阿达帕林治疗寻常痤疮患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2024,40(21):3087-3091.
- [14] Rizo-Téllez S A, Sekheri M, Filep J G. C-reactive protein: A target for therapy to reduce inflammation [J]. *Front Immunol*, 2023, 14: 1237729.
- [15] 汤慧娟,陈洁,刘景河,等.痤疮患者外周血 IL-17、TNF- α 及 Th22 细胞水平与痤疮严重程度的相关性研究[J].河北医药,2023,45(7):1023-1026.
- [16] 李红霞,张梦羽,杨惠君.寻常痤疮皮损炎症程度与外周血 IL-8、TNF- α 水平的相关性研究[J].川北医学院学报,2023,38(4):522-525.
- [17] Taş-Aygar G, Cemil B Ç, Aydın F N, et al. Serum biomarkers IL-6 and HIF-1 α in rosacea: Assessing their significance in disease pathogenesis and telangiectasia formation [J]. *Dermatol Pract Concept*, 2024, 14(4): e2024267.
- [18] 钟建桥,先德海,陈德宇.寻常痤疮患者血清和皮损中 SP、IL-1、IL-6 的研究[J].陕西医学杂志,2007,36(4):484-486.
- [19] Kang S, Kishimoto T. Interplay between interleukin-6 signaling and the vascular endothelium in cytokine storms [J]. *Exp Mol Med*, 2021, 53(7): 1116-1123.
- [20] 方静,王莉文,王静,等.外周血 IL-17A 水平与寻常痤疮的相关性研究及对痤疮瘢痕的预测价值[J].中华全科医学,2024,22(9):1483-1486.
- [21] Zhang C, Jin H, Kang Y, et al. IL-17A-neutralizing antibody ameliorates inflammation and fibrosis in rosacea by antagonizing the CXCL5/CXCR2 axis [J]. *FASEB J*, 2024, 38(19): e70096.
- [22] Ekinci A, Kilic S O, Demir N, et al. Important roles of interleukin-36, interleukin-37, and interleukin-38 cytokines in the pathogenesis of rosacea [J]. *Indian J Dermatol*, 2024, 69(3): 232-237.

【责任编辑 解学星】