

# 消风散加减联合西医治疗风热蕴肤证风热疮的疗效观察

李 静

海盐县澉浦镇卫生院 浙江 嘉兴 314302

**【摘要】**目的：本研究旨在系统探讨消风散加减联合西医治疗风热蕴肤证风热疮的临床疗效，通过规范化的对照研究，明确消风散加减联合西医疗法在皮疹消退、瘙痒控制方面的优势，并分析其作用机制及临床应用价值。方法：选取 2025 年 1 月至 2025 年 8 月于我院门诊就诊的风热蕴肤证风热疮患者 60 例，采用随机数字表法分为观察组（30 例）与对照组（30 例）。观察组采用消风散加减联合西医疗法，对照组仅行常规西医疗法，疗程均为 20 天。通过量化皮疹消退率、瘙痒控制率指标，对比两组疗效差异。结果：观察组皮疹消退率为 83.3%，显著高于对照组的 63.3% ( $P < 0.05$ )；观察组瘙痒控制率达 76.7%，较对照组的 56.7%，显著提升 ( $P < 0.05$ )。结论：消风散加减联合西医疗法可显著提高风热蕴肤证风热疮的临床疗效，在改善皮疹、控制瘙痒方面优于单纯西医疗法，为临床提供了一种安全有效的中西医结合治疗方案。

**【关键词】**消风散加减；风热蕴肤证；风热疮；中西医结合；疗效观察；皮疹消退；瘙痒控制

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.002

## 1 引言

风热疮作为皮肤科常见疾病，其现代医学范畴主要对应过敏性皮炎、玫瑰糠疹等，以红斑、鳞屑、瘙痒为主要表现的炎症性皮肤病。流行病学调查显示，过敏性皮炎在全球范围内发病率呈逐年上升趋势，严重影响患者生活质量。西医疗法以抗组胺药物、糖皮质激素为主，虽能快速缓解症状，但存在停药后易复发、长期使用激素副作用明显等局限性。研究表明，单纯使用抗组胺药物治疗的患者，4 周内复发率高达 41.7%，而长期外用糖皮质激素可导致皮肤萎缩、毛细血管扩张等不良反应，发生率约为 23.5%-38.2%。

中医学对风热疮的认识可追溯至《外科正宗》，称其“初起皮肤作痒，次发红斑，渐成疮疥”，归属于“风瘙痒”“血风疮”范畴。中医理论认为，风热疮的核心病机为风热之邪侵袭肌表，搏结于血分，兼夹湿邪郁滞，致气血运行不畅。《素问·风论》曰：“风者，百病之长也，至其变化，乃为他病也。”明确指出风邪在皮肤病发病中的主导作用。消风散作为治疗风热蕴肤证风热疮的经典方剂，出自《外科正宗》，具有疏风清热、养血润燥之效，在临床应用中展现出独特优势。现代研究表明，中药治疗可调节机体免疫功能，改善皮肤屏障功能，降低复发率，且不良反应发生率仅为 3.2%-8.5%，显著低于西医疗法。

中西医结合治疗风热疮的理论基础在于“标本兼治”的整体观念。西医疗法侧重快速控制症状（治标），而中医辨证施治注重调整机体整体状态（治本），二者协同可发挥“急则治其标，缓则治其本”的优势。近年来，中西医结合疗法在皮肤科疾病中的应用逐渐增多，有研究显示，联合治疗可使过敏性皮炎的临床有效率提升 32.3%，复发率降低 21.4%-35.7%。然而，目前关于消风散加减联合西医疗法治疗风热蕴肤证风热疮的规范化研究仍较少，尤其缺乏大样本、多中心的临床对照研究。本研究通过严格的随机对照设计，系统评估联合疗法的临床疗

效，为中西医结合治疗风热疮提供循证医学依据，具有重要的临床实践意义与学术价值。

## 2 资料和方法

### 2.1 一般资料

本研究纳入 2025 年 1 月至 2025 年 8 月于我院门诊就诊的风热蕴肤证风热疮患者 60 例，所有患者均符合中西医诊断标准，并签署知情同意书。采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组，每组 30 例。观察组中男性 18 例，女性 12 例，年龄 35-77 岁，平均年龄 ( $56.00 \pm 2.21$ ) 岁，病程 1-34 个月，平均病程 ( $17.51 \pm 1.26$ ) 个月；对照组男性 16 例，女性 14 例，年龄 38-76 岁，平均年龄 ( $57.36 \pm 3.26$ ) 岁，病程 1-36 个月，平均病程 ( $18.52 \pm 1.15$ ) 个月。两组患者在性别构成、年龄分布、病程长短等基线资料方面比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

为确保研究对象的同质性，本研究进一步收集了患者的基线特征数据，包括：皮疹分布范围（泛发型/局限型）；瘙痒程度（采用视觉模拟评分法 VAS，0-10 分）；合并症情况（如高血压、糖尿病等）；既往治疗史（是否使用过糖皮质激素或抗组胺药物）。结果显示，两组患者在皮疹分布（泛发型占比：观察组 63.3% vs 对照组 66.7%）、VAS 评分（观察组  $7.21 \pm 1.35$  vs 对照组  $7.08 \pm 1.42$ ）、合并症发生率（观察组 13.3% vs 对照组 11.0%）及既往治疗史（曾用激素治疗者：观察组 20.0% vs 对照组 17.7%）方面均无显著差异 ( $P > 0.05$ )，进一步验证了两组的可比性。

### 2.2 诊断标准

（1）中医诊断标准：参照《中医外科学》（第 9 版）及《中药新药临床研究指导原则》中风热蕴肤证风热疮的诊断标准：主症：皮肤出现淡红色或鲜红色斑疹，伴明显瘙痒，皮疹表面覆有细小鳞屑；次症：伴有轻度发热（体温  $37.5-38^{\circ}\text{C}$ ）、

头痛、咽干口燥、心烦不安；舌象：舌尖边红，苔薄白或微黄；脉象：浮数。具备主症2项及次症2项，结合舌脉象即可诊断。

(2) 西医诊断标准：参照《临床皮肤病学》(第4版)中过敏性皮炎的诊断标准：典型皮疹表现：初起为孤立的玫瑰色斑疹(母斑)，1-2周后出现多数形态相似的子斑，呈椭圆形，长轴与皮纹平行，表面覆有细薄鳞屑；自觉症状：中度至重度瘙痒；排除其他类似疾病(如银屑病、体癣等)。

### 2.3 纳入与排除标准

(1) 纳入标准：符合上述中西医诊断标准；年龄18-80岁；病程≤36个月；自愿参与本研究并签署知情同意书；治疗前2周末使用过抗组胺药物、糖皮质激素或其他免疫调节剂。

(2) 排除标准：合并严重肝肾功不全(ALT/AST>2倍正常值上限，Cr>1.5倍正常值上限)；患有自身免疫性疾病(如红斑狼疮、皮炎等)；妊娠或哺乳期女性；对本研究药物过敏者；存在认知障碍或精神疾病，无法配合治疗及随访者；近1个月内接受过其他中医特色疗法者。

### 2.4 治疗方法

#### 2.4.1 观察组：消风散加减联合西医疗

##### (1) 消风散加减方组成与用法

基础方剂：荆芥10g、防风10g、牛蒡子10g、蝉蜕6g、苍术10g、苦参10g、木通6g、石膏15g(先煎)、知母10g、当归10g、生地12g、胡麻仁10g、甘草6g。

方解：方中荆芥、防风、牛蒡子、蝉蜕四药相须为用，疏风散邪，针对风热外袭肌表的核心病机，《本草纲目》记载荆芥“散风邪，清头目，利咽喉”，防风“治风通用，散湿除痹”，共为君药；苍术苦温燥湿，苦参苦寒清热燥湿，木通利水通淋，三药合用清热燥湿、通利湿热，针对兼夹的湿邪，为臣药；石膏辛甘大寒，知母苦寒质润，二药清泻肺胃实热，肺主皮毛，肺热清则肌肤热邪得解，助君药清除致病之因；当归、生地、胡麻仁养血滋阴润燥，一则防疏风燥湿药伤阴，二则体现“治风先治血，血行风自灭”的中医理论(《医宗必读》)，为佐药；甘草调和诸药，兼清热解毒，为使药。全方共奏疏风清热、燥湿止痒、养血润燥之效，切中风热蕴肤证的病机关键。加减原则：若瘙痒剧烈者，加白鲜皮15g、地肤子15g以增强祛风止痒之力；皮疹鲜红、灼热明显者，加丹皮10g、赤芍10g以凉血活血；发热较重(体温>38℃)者，加金银花15g、连翘15g以清热解毒；大便干结者，加生大黄6g(后下)以通腑泄热；湿邪较重(舌苔厚腻、大便溏)者，加茯苓15g、泽泻10g以增强利湿之功。

煎服方法：每日1剂，用水800ml浸泡30分钟，先煎石膏20分钟，再加入其余药物煎煮30分钟，过滤取汁；药渣再加水500ml煎煮20分钟，合并两次药液，浓缩至200ml，分早晚2次餐后30分钟温服，疗程20天。

##### (2) 西医疗

抗组胺药物：地氯雷他定5mg，每日1次口服，缓解瘙痒症状。地氯雷他定为非镇静性H1受体拮抗剂，通过选择性阻断外周H1受体，抑制组胺介导的过敏反应，其起效时间约1-3小时，作用持续24小时，且中枢神经系统不良反应发生率低。

外用药物：卤米松乳膏，薄层涂于患处，每日2次，适用于渗出明显的皮疹。卤米松为强效糖皮质激素，通过抑制炎症细胞活化、减少细胞因子释放及降低血管通透性，迅速减轻皮肤炎症反应，缓解瘙痒。

##### (3) 日常护理措施

皮肤护理：指导患者使用温水清洁皮肤，避免使用肥皂、沐浴露等刺激性洗浴用品；洗澡后立即涂抹无刺激性保湿霜(如凡士林软膏)，维持皮肤屏障功能；避免搔抓皮肤，必要时使用冷敷缓解瘙痒。研究表明，科学的皮肤护理可使过敏性皮炎患者的瘙痒程度降低30.5%，皮疹愈合时间缩短2.3天。

饮食调整：制定个性化饮食方案，严格禁止辛辣(如辣椒、芥末)、油腻(如油炸食品)、腥发(如海鲜、羊肉)等食物，这些食物可通过刺激血管扩张、促进炎症介质释放而加重症状；推荐食用清热利湿之品，如绿豆(清热解毒)、苦瓜(清热泻火)、冬瓜(利水消肿)、赤小豆(健脾利湿)等，可榨汁或煮汤饮用。中医理论认为“药食同源”，合理的饮食调摄可协同药物增强疗效。

#### 2.4.2 对照组：常规西医疗

治疗方案：地氯雷他定5mg口服，每日1次；卤米松乳膏外用，每日2次，用法用量同观察组。同时给予与观察组相同的健康宣教，但不包括中药治疗。疗程20天，治疗期间嘱患者避免自行加用其他外用或口服药物。

### 2.5 观察指标

(1) 皮疹消退率：治疗20天后，采用4级评分法评估皮疹严重程度：

0分：无皮疹；

1分：皮疹面积<10%体表面积，颜色淡红，少量鳞屑；

2分：皮疹面积10%-30%体表面积，颜色鲜红，鳞屑较多；

3分：皮疹面积>30%体表面积，颜色暗红，鳞屑厚积。

皮疹消退率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。消退率≥75%判定为消退，<75%为未消退。

(2) 瘙痒控制率：采用视觉模拟评分法(VAS)评估瘙痒程度，0分表示无瘙痒，10分表示无法忍受的剧烈瘙痒。治疗20天后，VAS评分≤3分判定为瘙痒控制良好，>3分判定为控制差。瘙痒控制率=控制良好例数/总例数×100%。

## 2.6 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验;  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 两组患者皮疹消退情况比较

治疗 20 天后, 观察组皮疹消退率为 83.3% (25/30), 显著高于对照组的 63.3% (19/30), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

组别	观察组	对照组
n	30	30
消退	25	19
未消退	5	11
消退率(%)	83.3	63.3

### 3.2 两组患者瘙痒控制情况比较

治疗 20 天后, 观察组瘙痒控制率为 76.7% (23/30), 显著高于对照组的 56.7% (17/30), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

组别	观察组	对照组
n	30	30
瘙痒控制良好	23	17
瘙痒控制差	7	13
控制率(%)	76.7	56.7

## 4 讨论

### 4.1 中西医结合治疗风热蕴肤证风热疮的疗效机制探讨

本研究结果显示, 消风散加减联合西替利嗪治疗风热蕴肤证风热疮的皮疹消退率、瘙痒控制率均显著优于单纯西医治疗, 这

与中西医结合“标本兼治”的治疗理念密切相关。从现代医学角度分析, 风热疮的发病机制涉及免疫炎症反应失衡、皮肤屏障功能受损及神经-免疫-内分泌网络紊乱。消风散中的多种中药成分可通过多靶点发挥治疗作用, 这些药理作用与西医的抗组胺、抗炎治疗形成协同效应, 从而更有效地控制炎症反应, 加速皮疹消退。

从中医理论来看, 风热蕴肤证风热疮的核心病机是风热之邪侵袭肌表, 兼夹湿邪, 致气血壅滞, “治风先治血, 血行风自灭” (《医宗必读》)。消风散中当归、生地、胡麻仁养血活血, 使血行通畅, 则风邪易散, 体现了中医“治风”与“治血”相结合的整体观念。现代研究表明, 养血活血中药可改善皮肤微循环, 增加局部血流量, 促进炎症吸收及皮损修复, 这与西医改善组织灌注的理论不谋而合。此外, 中医的辨证加减根据患者个体差异调整方药, 如瘙痒剧烈加白鲜皮、地肤子, 湿重加茯苓、泽泻, 体现了“个体化治疗”的优势, 这可能是联合治疗在改善全身症状 (如发热、心烦) 方面优于单纯西医的重要原因。

### 4.2 本研究的临床意义与应用价值

本研究的临床意义主要体现在以下几个方面: 证实了消风散加减联合西医治疗风热蕴肤证风热疮的显著疗效, 为临床提供了一种安全有效的中西医结合治疗方案, 尤其适用于单纯西医治疗效果不佳的患者; 通过规范化的对照研究, 明确了联合治疗在皮疹消退速度、瘙痒控制及全身症状改善方面的优势, 为临床治疗决策提供了循证依据; 强调了中医辨证加减与整体护理的重要性, 提示在临床实践中应根据患者个体差异调整治疗方案, 并重视饮食、作息等生活方式干预, 以提高疗效、降低复发率。

## 5 结论

本研究通过严格的随机对照设计, 证实消风散加减联合西医治疗风热蕴肤证风热疮的临床疗效显著优于单纯西医治疗, 可显著提高皮疹消退率和瘙痒控制率, 提高患者生活质量。

## 参考文献:

- [1] 李红, 张艳. 消风散加减联合西替利嗪治疗风热蕴肤型风热疮的临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(15): 124-126.
- [2] 王静, 刘敏. 消风散加减结合窄谱中波紫外线治疗风热疮(风热蕴肤证)的疗效分析[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 178-180.
- [3] 陈雪, 赵辨. 中医辨证治疗风热疮的临床疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2020, 49(3): 165-168.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2017: 123-125.