

消风散加减配合中药外洗治疗风热型瘙痒性皮肤病临床疗效观察

彭耀庭

福建省厦门市海沧区新阳街道社区卫生服务中心 361028

【摘要】目的 观察消风散加减配合中药外洗治疗风热型瘙痒性皮肤病的临床疗效及安全性。**方法** 选取我院 2025 年 1 月 -2025 年 12 月收治的 102 例风热型瘙痒性皮肤病患者，采用随机数字表法分为对照组与试验组，每组 51 例。对照组给予西医常规治疗，试验组采用消风散加减口服配合中药外洗治疗，两组疗程均为 2 周。比较两组临床疗效、复发率及不良反应发生率。**结果** 试验组治疗总有效率 94.12% 高于对照组 76.47%；随访 1 个月，试验组复发率 5.88% 低于对照组 21.57%；两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。**结论** 消风散加减配合中药外洗治疗风热型瘙痒性皮肤病，可显著提高临床疗效、降低复发率，且安全性良好。

【关键词】 消风散加减；中药外洗；风热型；瘙痒性皮肤病；临床疗效
【中图分类号】 R275.9 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1007-3809 (2026) 02-009-02

瘙痒性皮肤病是皮肤科常见病、多发病，涵盖湿疹、荨麻疹、接触性皮炎等多种疾病，以皮肤瘙痒、皮疹、脱屑为核心症状，病情易反复，严重影响患者生活质量^[1]。中医将其归属于“痒风”“风疹”范畴，风热型为常见证型，多因外感风热之邪、侵袭肌肤、气血失和所致，核心病机为风热外束、肌肤失养。西医治疗多以抗组胺药、糖皮质激素为主，虽能快速缓解症状，但长期使用易产生耐药性、不良反应，且停药后复发率较高。中医治疗瘙痒性皮肤病注重辨证论治，标本兼顾。消风散出自《外科正宗》，为疏风清热、养血润燥之经典方剂，可针对性改善风热型患者的病机症结；中药外洗能使药物直接作用于患处，发挥清热燥湿、祛风止痒之效，弥补口服药物局部起效慢的不足。本研究以风热型瘙痒性皮肤病患者为对象，探讨消风散加减配合中药外洗的治疗效果，为临床优化治疗方案提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院皮肤科 2025 年 1 月 -2025 年 12 月收治的 102 例风热型瘙痒性皮肤病患者。纳入标准：①符合《中医皮肤科病证诊断疗效标准》中风热型瘙痒性皮肤病诊断标准；②西医诊断符合湿疹、荨麻疹、接触性皮炎相关标准，经临床症状、体征及辅助检查确诊；③年龄 18-65 岁；④近期未接受过针对性治疗；⑤自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准：①合并其他类型皮肤病（如真菌感染、银屑病）；②合并肝肾功能不全、心血管疾病、免疫功能缺陷等基础疾病；③对本研究药物成分过敏者；④孕期、哺乳期女性；⑤近期使用过糖皮质激素、免疫抑制剂者。采用随机数字表法将患者分为对照组与试验组各 51 例。对照组男 27 例，女 24 例；年龄 18 ~ 63 岁，平均（40.52±10.36）岁；试验组男 26 例，女 25 例；年龄 20 ~ 65 岁，平均（41.28±10.15）岁；病程 1 ~ 8 周，平均（3.92±1.31）周。两组患者性别、年龄、病程等基线资料比较。

1.2 方法

对照组：给予西医常规治疗。①口服药物：氯雷他定片，每日 1 次，每次 10mg，睡前服用；②外用药物：炉甘石洗剂，外涂患处，每日 3 次，瘙痒剧烈时可加涂 1 次。疗程为 2 周。
试验组：采用消风散加减口服配合中药外洗治疗。具体如下：①消风散加减：基本方组成：荆芥 12g、防风 12g、

当归 10g、生地 15g、苦参 15g、苍术 10g、蝉蜕 6g、牛蒡子 10g、知母 10g、石膏 20g（先煎）、甘草 6g。辨证加减：瘙痒剧烈者加白鲜皮 15g、地肤子 15g；皮疹鲜红、灼热明显者加丹皮 12g、赤芍 12g；口干咽痛者加金银花 15g、连翘 12g。每日 1 剂，加水 500ml，浸泡 30min 后煎至 200ml，分早晚 2 次温服，疗程 2 周。②中药外洗方：金银花 15g、野菊花 15g、苦参 20g、黄柏 15g、白鲜皮 15g、地肤子 15g、荆芥 10g、防风 10g。每日 1 剂，加水 2000ml，煎至 1000ml，滤去药渣后降温至 38 ~ 40℃，用无菌纱布蘸取药液湿敷或擦洗患处，每次 20min，每日 1 次，避开皮肤破损处，疗程 2 周。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：参照《中医皮肤科病证诊断疗效标准》^[4] 制定疗效判定标准。显效：瘙痒症状完全消失，皮疹消退 ≥ 70%，无明显不适，停药后无复发趋势；有效：瘙痒症状明显缓解，皮疹消退 30% ~ 69%，偶有轻微瘙痒，不影响生活；无效：瘙痒症状无改善或加重，皮疹消退 < 30%，需调整治疗方案。治疗总有效率 =（显效 + 有效）例数 / 总例数 × 100%。（2）复发率：疗程结束后随访 1 个月，记录两组患者症状复发情况，计算复发率。（3）不良反应发生率：观察并记录两组治疗期间出现的不良反应，如口干、头晕、胃肠道不适、皮肤刺激等，计算不良反应发生率。

1.4 统计学方法

用 SPSS26.0 软件分析数据，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验；计数资料以率（%）表示， χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

试验组治疗总有效率 94.12% 高于对照组 76.47%（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1：两组疗效对比 [n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	51	20 (39.22)	19 (37.25)	12 (23.53)	39 (76.47)
试验组	51	32 (62.75)	16 (31.37)	3 (5.88)	48 (94.12)
χ^2 值					6.398
P 值					0.011

2.2 两组复发率比较

随访 1 个月，试验组复发 3 例，复发率为 5.88%；对照组

复发 11 例, 复发率为 21.57%。试验组复发率低于对照组。

2.3 两组不良反应发生率比较

试验组不良反应发生率为 7.84%, 与对照组不良反应发生率 11.76% 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组不良反应发生率比较

组别	例数	口干	头晕	胃肠道不适	皮肤刺痛	总发生率
对照组	51	3 (5.88)	2 (3.92)	1 (1.96)	0	6 (11.76)
试验组	51	2 (3.92)	1 (1.96)	0	1 (1.96)	4 (7.84)
χ^2 值						1.056
P 值						0.304

3 讨论

本研究结果显示, 试验组治疗总有效率高于对照组, 提示中医方案疗效更优。从中医病机分析, 消风散中荆芥、防风、蝉蜕、牛蒡子疏风解表、透疹止痒, 直击风热外束之标; 苦参、苍术清热燥湿, 石膏、知母清热泻火, 清除体内热邪; 当归、生地养血润燥, 兼顾“治风先治血, 血行风自灭”, 防止疏风太过耗伤阴血。辨证加减则进一步强化针对性, 如白鲜皮、地肤子增强祛风止痒之力, 丹皮、赤芍清热凉血, 契合风热型患者的个体化症状。中药外洗方中, 金银花、野菊花清热疏风、解毒消肿, 苦参、黄柏清热燥湿, 白鲜皮、地肤子祛风止痒, 荆芥、防风助药力渗透肌肤, 诸药合用可直接作用于皮疹部位, 快速缓解瘙痒、消退皮疹。口服药物调理脏腑气血, 外洗药物直达病所, 内外合治形成协同效应, 既能快速控制急性期症状, 又能从根源改善机体状态, 较西医对症治疗更具优势。随访结果显示, 试验组复发率低于对照组, 体现了中医方案的远期优势。西医治疗仅能抑制组胺释放, 无法调节机体免

疫与气血平衡, 停药后风热之邪易再次侵袭, 导致病情反复; 而消风散加减配合中药外洗可通过疏风清热、调和气血, 改善机体对风热之邪的易感性, 从根源降低复发风险。安全性方面, 两组不良反应发生率无明显差异, 提示消风散加减配合中药外洗安全性良好。对照组口干、头晕等不良反应多为抗组胺药的常见副作用, 试验组通过中药口服与外洗, 经辨证配伍, 药性平和, 仅少数患者出现轻微口干头晕、皮肤刺痛, 对症处理后即可缓解, 无严重不良反应发生, 说明该方案在临床应用中安全性可控。

综上所述, 消风散加减配合中药外洗治疗风热型瘙痒性皮肤病, 临床疗效显著、复发率低, 安全性良好, 值得推广应用。

参考文献:

[1] 郭一琼, 赵秀婷, 陈惠霞. 火针治疗瘙痒性皮肤病的临床效果及安全性分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(23):164-167, 172.

(上接第 7 页)

情评估, 了解患者疼痛情况, 掌握因为椎体塌陷与受损引发的疼痛程度, 以及椎管后壁整体完整状况。而经皮椎体后凸成形术治疗的常见并发症也需要严格控制, 一般集中在骨水泥渗漏, 如果渗漏到椎管则可能导致脊髓后神经受损, 如果渗漏到周围静脉则可能引发肺栓塞。尤其是患者如果属于骨质疏松椎体压缩性骨折情况, 其发生骨水泥渗漏的可能性可以高达 65% 至 76%, 因此要做好该问题的防控。术前需要做好检查, 确保椎管后壁完整, 同时在骨水泥注入的过程中避免加压过大导致的组织损伤, 通过透视技术严密观察渗漏问题, 一旦有该渗漏可能性, 则快速停止注入行为。同时在手术中注入骨水泥的过程需要做好患者情况的观察了解, 主动询问患者肢体感觉变化, 了解其运动能力, 及时的了解脊髓神经受损情况。在穿刺处理中, 需要熟悉组织解剖结构, 防控对神经根与脊髓构成损伤。尤其是老年患者, 感觉灵敏度更差,

需要做好细致缓慢的手术推进, 避免粗暴操作导致的不可逆损伤。

总而言之, 在老年胸腰椎压缩性骨折中运用手法复位联合经皮椎体后凸成形术治疗可以有效的减少疼痛程度, 提升恢复效果。

参考文献:

[1] 黄立军, 夏庆福, 王伟等. 单侧椎弓根旁入路经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折研究 [J]. 现代仪器与医疗, 2026, 32(2):88-90.

[2] 柳海铭, 张沿洲, 张圣兵等. 经皮球囊扩张椎体后凸成形术与经椎弓根螺钉内固定术治疗老年性胸腰椎压缩性骨折的临床效果 [J]. 中国医药, 2025, 20(11):1672-1676.

[3] 钱玉强. 微创经皮椎体后凸成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果观察 [J]. 中外医学研究, 2025, 23(21):43-44, 45.

(上接第 8 页)

后能显著降低降压药所导致的不良反应, 能显著提高患者用药安全性^[5]。

综上所述, 通过对高血压合并糖尿病患者实施缬沙坦联合苯磺酸氨氯地平治疗后, 取得显著效果, 不仅能降低血压, 还能有效控制人体血糖, 值得在临床中推广及运用。

参考文献:

[1] 梁东亮, 李小鹰, 王林, 等. 老年冠心病合并糖尿病及高血压患者降压达标和降压药物使用情况的现况调查 [J]. 中华医学杂志, 2025, 105(33):2709-2714.

[2] 胡翠娥, 周正茂. 硝苯地平缓释片对高血压合并糖尿病患者降压效果的影响 [J]. 当代医药论丛, 2023, 21(2):172-173.

[3] 张玉林. 老年原发性高血压合并糖尿病患者降压药物治疗分析 [J]. 中国实用医刊, 2025, 52(17):123-125.

[4] 张学城, 黄尹亭, 林慧宁, 等. 硝苯地平缓释片治疗高血压合并糖尿病疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(7):722-724.

[5] 韩荣旗, 宋畅, 李煥文, 等. 糖尿病肾病合并高血压降压药物的合理选用 [J]. 医学综述, 2024, 30(9):1621-1624.