愈尔敏汤治疗风湿热型慢性自发性荨麻疹疗效观察及对血清免疫指标的影响

金凤[1]，赵发伦[1]，汪宁[2]，聂玉钗[1]，黄关秀[3]

1. 古蔺县中医医院，四川 古蔺 646599
2. 成都市龙泉驿区洛带镇公立卫生院，四川 成都 610000
3. 重庆市荣军优抚医院，重庆 400015

［摘要］**目的：**观察愈尔敏汤治疗风湿热型慢性自发性荨麻疹的临床疗效及对血清免疫指标的影响。**方法：**选择2023年11月—2024年7月在古蔺县中医医院皮肤科就诊的风湿热型慢性自发性荨麻疹患者72例，按照随机数字表法分为治疗组和对照组各36例。对照组采用氯雷他定片治疗，治疗组采用氯雷他定片联合愈尔敏汤治疗。治疗4周，随访2周。评价2组临床疗效，比较2组治疗前后7天荨麻疹活动度评分（UAS7）、瘙痒视觉模拟评分法（VAS）评分、皮肤病生活质量指数（DLQI）评分、血清免疫学指标［血清白细胞介素（IL）-17A、IL-23、IL-33、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、γ-干扰素（IFN-γ）］水平变化。**结果：**治疗后，治疗组总有效率为94.44%（34/36），对照组为83.33%（30/36），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。重复测量方差分析显示，UAS7评分方面，组别、时间及交互效应均有显著性差异（$P<0.05$）；治疗组各时间点及相邻时间点均较前下降（$P<0.05$），对照组随访第2周与第1周无差异（$P>0.05$），而治疗第2周、随访第2周治疗组评分更低（$P<0.05$）。2组瘙痒VAS评分均呈现显著下降趋势，组间、时间及交互效应均有显著性（$P<0.05$）。治疗组VAS评分由（8.44±1.13）分下降至（1.94±1.01）分，各时间点均较治疗前下降（$P<0.05$）；对照组VAS评分亦由（8.28±0.94）分下降至（3.08±1.38）分，各时间点均较治疗前下降（$P<0.05$），但降幅小于治疗组。在治疗第1周、随访第1周及随访第2周时，治疗组VAS评分低于对照组（$P<0.05$）。DLQI评分中，2组DLQI评分均呈下降趋势，存在显著时间效应（$P<0.05$）和组间效应（$P<0.05$），但组别×时间交互作用不显著（$P>0.05$）。治疗组平均DLQI评分从（25.08±3.41）分下降至（5.31±2.07）分，对照组从（24.72±2.94）分下降至（7.83±2.83）分，2组各时间点均较治疗前显著下降（$P<0.05$）；在治疗第3、4周及随访第1、2周时，治疗组DLQI评分显著低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，治疗组IFN-γ水平较治疗前升高（$P<0.05$），IL-33、IL-17A、IL-23、TNF-α水平均较治疗前下降（$P<0.05$）；对照组IFN-γ水平较治疗前升高（$P<0.05$），IL-23、IL-33、TNF-α水平较治疗前下降（$P<0.05$），IL-17A水平治疗前后变化无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，治疗组IL-17A水平低于对照组（$P<0.05$）；IL-33、IL-23、TNF-α水平组间比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**氯雷他定片联合愈尔敏汤治疗风湿热型慢性自发性荨麻疹，可减轻患者临床症状，调节免疫失衡，提高患者生活质量。

［关键词］慢性自发性荨麻疹；风湿热型；愈尔敏汤；氯雷他定片；免疫指标；生活质量
［中图分类号］R758.24　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2026）02-0046-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.02.008

Observation on the Efficacy of Yu´ermin Decoction for Chronic Spontaneous Urticaria of Wind-Damp-Heat Type and Its Effect on Serum Immune Markers

JIN Feng[1], *ZHAO Falun*[1], *WANG Ning*[2], *NIE Yuchai*[1], *HUANG Guanxiu*[3]

［收稿日期］2025-05-27
［修回日期］2025-09-24
［基金项目］四川省中医药管理局科学技术研究专项（2023MS579）
［作者简介］金凤（1994-），女，主治医师。
［通信作者］黄关秀（1994-），男，主治医师。

1. Gulin County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Gulin Sichuan 646599, China; 2. Luodai Town Public Health Hospital of Longquanyi District, Chengdu, Chengdu Sichuan 610000, China; 3. Chongqing Veterans Rehabilitation and Care Hospital, Chongqing 400015, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of Yu'ermin Decoction in the treatment of patients with chronic spontaneous urticaria (CSU) of wind-damp-heat type and its effect on serum immune markers. **Methods:** A total of 72 CSU patients of wind-damp-heat type who visited the Dermatology Department of Gulin County Hospital of Traditional Chinese Medicine from November 2023 to July 2024 were randomly divided into the treatment group and the control group (36 cases each). The control group received Loratadine Tablets alone; the treatment group received Loratadine Tablets combined with Yu'ermin Decoction. Both groups were treated for four weeks and followed up for two weeks. Clinical efficacy, 7-day Urticaria Activity Score (UAS7), Visual Analogue Scale (VAS) for pruritus, Dermatology Life Quality Index (DLQI), and serum immune markers [serum levels of interleukin (IL)-17A, IL-23, IL-33, tumor necrosis factor-α (TNF-α), interferon-γ (IFN-γ)] were compared between the two groups after treatment. **Results:** After treatment, the total effective rate was 94.44% (34/36) in the treatment group and 83.33% (30/36) in the control group, with the difference being significant ($P<0.05$). Repeated-measures ANOVA showed significant differences in terms of UAS7 scores for group, time, and group × time interaction effects ($P<0.05$); UAS7 scores at every time point and between each pair of adjacent time points in the treatment group decreased compared to before treatment ($P<0.05$). In the control group, there was no significant difference between week one and week two of follow-up ($P>0.05$). The treatment group demonstrated significantly lower scores than the control group only at the two-week treatment time point and the two-week follow-up point ($P<0.05$). Both groups exhibited a significant decreasing trend in VAS scores for pruritus, with statistically significant main effects of group, time, and group × time interaction ($P<0.05$). The treatment group's VAS scores decreased from 8.44 ± 1.13 to 1.94 ± 1.01, showing significant reductions at all time points compared to before treatment ($P<0.05$). The control group's VAS scores also decreased from 8.28 ± 0.94 to 3.08 ± 1.38, with significant reductions at all time points compared to before treatment ($P<0.05$), although the magnitude of decrease was smaller than that in the treatment group. The treatment group had significantly lower VAS scores than the control group at week one of treatment, and weeks one and two of follow-up ($P<0.05$). For DLQI scores, both groups showed a decreasing trend with significant main effects of time and group ($P<0.05$), but the group × time interaction was not significant ($P>0.05$). The mean DLQI score in the treatment group decreased from 25.08 ± 3.41 to 5.31 ± 2.07, while that in the control group decreased from 24.72 ± 2.94 to 7.83 ± 2.83. Scores at all time points were significantly lower than those before treatment in both groups ($P<0.05$). The treatment group had significantly lower DLQI scores than the control group at treatment weeks three and four, and follow-up weeks one and two ($P<0.05$). After treatment, IFN-γ levels in the treatment group were significantly increased compared to before treatment ($P<0.05$), while levels of IL-33, IL-17A, IL-23, and TNF-α were significantly decreased ($P<0.05$). In the control group, levels of IL-23, IL-33, and TNF-α decreased compared to before treatment ($P<0.05$), and IFN-γ levels increased compared to before treatment ($P<0.05$), but the change in IL-17A was not statistically significant ($P>0.05$). After treatment, the IL-17A levels in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$), while the differences in IL-33, IL-23, and TNF-α between the two groups were not statistically significant ($P>0.05$). **Conclusion:** The combination of Loratadine Tablets and Yu'ermin Decoction in treating CSU of wind-damp-heat type can alleviate clinical symptoms, modulate immune imbalance, and improve patients' quality of life.

Keywords: Chronic spontaneous urticaria; Wind-damp-heat type; Yu'ermin Decoction; Loratadine Tablets; Immune markers; Quality of life

慢性自发性荨麻疹（CSU）是指没有明确的诱发因素、以风团和瘙痒为主要表现，且病程大于6周的免疫相关性皮肤病[1]。目前，西医针对荨麻疹以抗组胺药、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂等为主，旨在缓解症状、控制炎症，但部分患者因长期用药而引发相关不良反应，且停药后症状容易反复。中医学认为荨麻疹发病主要责之于风、湿、热、血虚等因素。愈尔敏汤是陈潮祖教授临床经验方，具有疏风透表、利气行津、活血通络、扶正祛邪之功效，主要用于治疗风湿热邪所致的过敏性疾病，如荨麻疹、皮肤瘙痒、过敏性鼻炎等，临床常获佳效[2]。本研究系统观察了愈尔敏汤治疗风湿热型CSU的临床疗效，结果报道如下。

1　临床资料

1.1　诊断标准　参照《中国临床皮肤病学》[3]关于CSU的诊断标准。风团反复发作，每周至少发作2次；反复发作达6周以上；荨麻疹风团为自发产生，排除特异性刺激因素所诱发。

1.2　辨证标准　符合《中医治法与方剂》[2]及《中医外科学》[4]中风湿热型的辨证标准。风团反复发作，色红，伴瘙痒，遇热加重，舌尖边红、苔黄腻或白腻，脉滑或数。

1.3　纳入标准　符合上述CSU的诊断标准和风湿热型辨证标准；年龄18～70岁；入组前2周内未使用抗组胺药，1个月内未使用免疫抑制剂和类固醇激素；未参加其他正在进行的临床研究；自愿参加本项研究，并签署知情同意书。

1.4　排除标准　存在意识不清，不能够准确表述病情或患有精神疾病；患有恶性肿瘤或其他严重消耗性疾病；合并心脑血管、肝、肾、消化和造血系统等严重原发性疾病；孕妇或哺乳期妇女；存在对本次试验所用药物过敏者；不能遵照本研究方案治疗者。

1.5　一般资料　选取2023年11月—2024年7月古蔺县中医医院皮肤科就诊的CSU患者72例，按照随机数字表法分为治疗组和对照组，各36例。治疗组男8例，女28例；年龄18～67岁，平均（36.22±13.92）岁；平均荨麻疹活动评分（37.75±1.89）分。对照组男15例，女21例；年龄22～61岁，平均（38.39±11.64）岁；平均荨麻疹活动评分（36.75±2.41）分。2组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究已通过古蔺县中医医院伦理委员会批准（批件号：MR-51-24-044577）。

2　治疗方法

2.1　对照组　给予氯雷他定片[拜耳医药（上海）有限公司，国药准字H10970410]口服，每天1次，每次10 mg，连续治疗4周。

2.2　治疗组　在对照组基础上加用愈尔敏汤口服。处方：麻黄10 g，荆芥15 g，防风10 g，川芎10 g，僵蚕10 g，蝉蜕10 g，厚朴15 g，陈皮10 g，茯苓15 g，人参10 g，连翘20 g，桑白皮10 g，赤小豆20 g。上述中药均由古蔺县中医医院免煎颗粒药房统一提供，每天3次，每次150 mL。饭后温服。连续治疗4周。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①症状评分。采用7天荨麻疹活动评分法（UAS7）进行评价，每天评价1次，连续评价7天，计算总分。UAS7主要对1周内每天发作的风团数目和瘙痒程度进行统计：风团数目分为无（0个/24 h）、轻（1～19个/24 h）、中（20～50个/24 h）、重（＞50个/24 h）4个等级，分别计0～3分；瘙痒程度分为无（无瘙痒）、轻（有瘙痒，不明显）、中（明显瘙痒，但尚不影响日常生活或睡眠）、重（严重瘙痒，不能忍受，严重困扰日常生活或睡眠）4个等级，分别计0～3分。每天评分计风团与瘙痒总分，范围为0～6分，1周连续最高评分为42分。②瘙痒视觉模拟评分法（VAS）评分。分别于治疗1、2、3、4周及随访1、2周采用VAS评估瘙痒程度。评估时，患者根据自身的瘙痒程度于线段上作一标记表示其瘙痒程度，即为其瘙痒评分。③生活质量。分别于治疗1、2、3、4周及随访1、2周采用皮肤病生活质量指数（DLQI）对2组患者生活质量进行评价。该量表共包含10个条目，覆盖心理感受、职业表现、症状困扰、社交活动、治疗负担等多个维度。每个条目采用0～3分的4级评分法，累计总分范围为0～30分，评分高低与皮肤病对患者生活质量的负面效应呈正相关。④炎症因子。采用酶联免疫吸附试验（ELISA），于治疗前后检测血清白细胞介素（IL）-17A、IL-23、IL-33、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、γ-干扰素（IFN-γ）。⑤临床疗效。

3.2　统计学方法　采用SPSS26.0和R3.5.3软件进行统计分析。计量资料采用Shapiro-Wilk（SW）方法进

行正态性检验，服从正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，方差齐性采用Levene方差齐性检验，组间比较采用独立样本t检验，非正态定量资料或方差不齐采用中位数和四分位数[M(P_{25}，P_{75})]表示，组间比较使用Mann-Whitney U检验进行分析，配对资料比较采用Wilcoxon秩和检验；计数资料采用百分比(%)描述，无序分类资料组间比较采用χ^2检验，不满足卡方检验条件采用Fisher确切概率法。定义检验水准α=0.05。2组多个时间点比较采用重复测量方差分析，数据满足球对称，对不同时间点数据采用单因素方差分析，若数据不满足球对称，采用Green-House法进行校正，组间两两比较采用Bonferroni法；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。检验水准α=0.05，$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　根据UAS7评分变化，计算症状评分下降指数(SSRI)进行疗效评估。SSRI(尼莫地平法)=(治疗前UAS7总分－治疗后UAS7总分)/治疗前UAS7总分×100%。痊愈：风团、瘙痒基本消失，SSRI≥95%；显效：风团、瘙痒明显减轻，60%≤SSRI＜95%；有效：风团、瘙痒部分缓解，30%≤SSRI＜60%；无效：风团、瘙痒未曾减退，SSRI＜30%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗后，治疗组总有效率为94.44%，对照组为83.33%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1　2组临床疗效比较　例

组　别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	36	0	28	6	2	94.44
对照组	36	0	18	12	6	83.33
χ^2值						−2.465
P值						0.014

4.3　2组不同时点UAS7评分比较　见表2。重复测量方差分析显示：组别主效应显著($P<0.05$)，提示治疗组与对照组的UAS7评分变化存在统计学差异；时间主效应显著($P<0.05$)，表明2组UAS7评分均随时间呈显著下降趋势；组别与时间交互效应亦显著($P<0.05$)，提示2组在不同时间点的下降趋势存在统计学差异。进一步组内比较显示：治疗组各时间点UAS7评分均较治疗前显著下降($P<0.05$)，且相邻时间点间均呈下降趋势，提示病情持续渐进改善；对照组各时间点UAS7评分亦较基线显著下降($P<0.05$)，但随访第2周与随访第1周比较无统计学意义($P>0.05$)，改善趋势趋于平缓。组间比较显示，在治疗第2周、随访第2周治疗组UAS7评分低于对照组($P<0.05$)，提示治疗组远期疗效优于对照组。

表2　2组不同时点UAS7评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗第1周	治疗第2周	治疗第3周	治疗第4周	随访第1周	随访第2周	$F_{不同时间点}$值	$P_{不同时间点}$值
治疗组	36	37.75±1.89	31.92±2.68①	21.72±3.59①②⑦	18.00±4.04①②③	14.50±4.36①②③④	9.89±3.22①②③④⑤	7.08±2.83①②③④⑤⑥⑦	675.359	＜0.001
对照组	36	36.75±2.41	32.72±2.06①	24.19±4.26①②	19.00±5.11①②③	15.83±5.9①②③④	11.14±2.85①②③④⑤	11.75±2.94①②③④⑤	304.852	＜0.001
$F_{组别主效应}$值					8.027					
$P_{组别主效应}$值					0.006					
$F_{时间主效应}$值					872.386					
$P_{时间主效应}$值					＜0.001					
$F_{组别×时间交互效应}$值					5.785					
$P_{组别×时间交互效应}$值					＜0.001					

注：①治疗前比较，$P<0.05$；②与治疗第1周比较，$P<0.05$；③与治疗第2周比较，$P<0.05$；④与治疗第3周比较，$P<0.05$；⑤与治疗第4周比较，$P<0.05$；⑥与随访第1周比较，$P<0.05$；⑦与对照组相同时间点比较，$P<0.05$。

4.4　2组不同时点瘙痒VAS评分比较　见表3。2组瘙痒VAS评分均呈现显著下降趋势，组间、时间及交互效应均有显著性($P<0.05$)。治疗组VAS评分由(8.44±1.13)分下降至(1.94±1.01)分，各时间点均较治疗前下降($P<0.05$)，且除治疗3、4周外，其余相邻时间点间差异均有显著性($P<0.05$)。对照组VAS评分由(8.28±0.94)分下降至(3.08±1.38)分，各时间点均较治疗前下降($P<0.05$)，但降幅小于治疗组。在治疗1周、随访1周及随访2周时，治疗组VAS评分低于对照组($P<0.05$)。

表3　2组不同时点瘙痒VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗第1周	治疗第2周	治疗第3周	治疗第4周	随访第1周	随访第2周	$F_{不同时间点}$值	$P_{不同时间点}$值
治疗组	36	8.44±1.13	6.89±1.24①⑥	4.97±1.46①②	3.58±1.13①②③	3.47±1.03①②③	2.28±0.85①②③④⑤⑥	1.94±1.01①②③④⑤⑥	190.108	<0.001
对照组	36	8.28±0.94	7.42±0.94①	5.42±0.87①②	3.83±0.94①②③	3.69±1.09①②③	3.14±1.53①②③	3.08±1.00①②③	144.927	<0.001
$F_{组别主效应}$值					14.957					
$P_{组别主效应}$值					<0.001					
$F_{时间主效应}$值					331.677					
$P_{时间主效应}$值					<0.001					
$F_{组别×时间交互效应}$值					3.031					
$P_{组别×时间交互效应}$值					0.010					

注：①治疗前比较，$P<0.05$；②与治疗第1周比较，$P<0.05$；③与治疗第2周比较，$P<0.05$；④与治疗第3周比较，$P<0.05$；⑤与治疗第4周比较，$P<0.05$；⑥与对照组相同时间点比较，$P<0.05$。

4.5　2组不同时点DLQI评分比较　见表4。2组DLQI评分均呈下降趋势，存在显著时间效应($P<0.05$)和组间效应($P<0.05$)，但组别×时间交互作用不显著($P>0.05$)。治疗组平均DLQI评分从(25.08±3.41)分下降至(5.31±2.07)分，对照组从(24.72±2.94)分下降至(7.83±2.83)分，2组各时间点均较治疗前显著下降($P<0.05$)；除随访1、2周外，其余相邻时间点间差异均有统计学意义($P<0.05$)。在治疗3、4周及随访1、2周时，治疗组DLQI评分低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.6　2组治疗前后炎症因子水平比较　见表5。治疗前，2组炎症因子水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，治疗组IFN-γ水平较治疗前升高($P<0.05$)，IL-33、IL-17A、IL-23、TNF-α水平均较治疗前下降($P<0.05$)；对照组IFN-γ水平较治疗前升高($P<0.05$)，IL-23、IL-33、TNF-α水平均较治疗前下降($P<0.05$)，IL-17A水平治疗前后变化无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，治疗组IL-17A水平低于对照组($P<0.05$)，IL-33、IL-23、TNF-α水平组间比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4　2组不同时点DLQI评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组 别	例数	治疗前	治疗第1周	治疗第2周	治疗第3周	治疗第4周	随访第1周	随访第2周	$F_{不同时间点}$值	$P_{不同时间点}$值
治疗组	36	25.08±3.41	19.86±2.71①	14.64±2.91①②	11.11±2.54①②③⑥	8.08±1.65①②③④⑥	5.5±1.96①②③④⑤⑥	5.31±2.07①②③④⑤⑥	324.498	<0.001
对照组	36	24.72±2.94	20.67±2.93①	15.83±2.88①②	13±3.64①②③	9.58±2.72①②③④	6.75±2.93①②③④⑤	7.83±2.83①②③④	173.659	<0.001
$F_{组别主效应}$值					30.272					
$P_{组别主效应}$值					<0.001					
$F_{时间主效应}$值					465.595					
$P_{时间主效应}$值					<0.001					
$F_{组别×时间交互效应}$值					1.869					
$P_{组别×时间交互效应}$值					0.085					

注：①治疗前比较，$P<0.05$；②与治疗第1周比较，$P<0.05$；③与治疗第2周比较，$P<0.05$；④与治疗第3周比较，$P<0.05$；⑤与治疗第4周比较，$P<0.05$；⑥与对照组相同时间点比较，$P<0.05$。

表5　2组治疗前后炎症因子水平比较[$M(P_{25}, P_{75})$或($\bar{x}\pm s$)]　pg/mL

指标	治疗组(例数=36)		对照组(例数=36)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
IFN-γ	62.78(46.72,88.84)	90.46(76.36,116.69)①	64.18(45.87,88.53)	78.88(69.94,102.99)①
IL-17A	2.77(2.38,3.92)	2.43(2.14,2.91)①②	2.92(2.34,3.72)	2.81(2.15,3.46)
IL-23	45.85(40.52,52.02)	29.64(24.25,34.57)①	45.18(41.57,49.97)	30.00(26.27,40.19)①
IL-33	55.34±10.23	38.99±13.46①	51.99±10.05	35.66±12.15①
TNF-α	11.07(9.70,14.63)	8.96(7.47,10.74)①	10.90(9.74,12.09)	9.12(7.67,11.63)①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

5 讨论

CSU是临床最常见的荨麻疹亚型，占慢性荨麻疹总数的60%～90%[5]。本质上，CSU属于由肥大细胞主导、多因素协同参与的慢性炎症性疾病，但其确切发病机制尚未完全阐明。目前研究认为，CSU的发病可能涉及多维度病理生理过程，主要包括自身免疫(以Ⅰ型、Ⅱb型自身免疫为主)、肥大细胞活化相关信号通路异常、凝血功能紊乱、免疫细胞失衡、肠道菌群紊乱和多样性下降，此外还可能与非免疫球蛋白(Ig)E介导的其他机制相关[6-7]。关于CSU的治疗，二代抗组胺药仍是CSU的一线首选药物。氯雷他定作为经典三环类抗组胺药，主要通过选择性阻断外周H1受体、抑制组胺等炎症介质释放，从而控制临床症状。然而，有文献报道显示，高达42.2%的CSU患者经二代抗组胺药物规范治疗后，症状仍未得到有效缓解[8]，提示临床需进一步探索更为有效的治疗策略。

CSU归属于中医学瘾疹、赤疹等范畴，历代医籍对其病因病机的论述亦颇多。如《金匮要略》明确指出“风气相搏，风强则为瘾疹，身体为痒”，强调风邪致病之关键。《证治准绳·疡科》则进一步认为：“赤疹者，由冷湿搏于肌中，风热结成赤疹也。遇热则极，若冷则瘥也。”揭示了湿、热与风邪相兼为患的病理特点。《医宗金鉴·疹门》则从脏腑关联角度提出“瘾疹者，乃心火灼于肺金，又兼外受风湿而成”，丰富了病因的整体观。综合历代论述可见，风、湿、热邪是诱发CSU的核心病邪。结合临床实际，以古蔺县为例，其地处西南，因地形地貌和气候条件易滋生湿热外邪；同时，当地居民饮食偏好辛辣、肥甘厚味，易损伤脾胃运化功能，脾失健运则水湿内停，湿郁日久化热，遂致湿热内生。故CSU发病，多因外有湿热侵袭，内有湿热滋生，内外合邪；复感风邪，风、湿、热三邪交织搏结于肌肤腠理，气血运行不畅，肌肤失养，故发为红斑、风团等症，且因湿热黏腻之性，其病程多缠绵难愈。

愈尔敏汤系陈潮祖教授基于《太平惠民和剂局方》消风散与《伤寒论》麻黄连翘赤小豆汤之精髓所创制，全方配伍精妙，蕴藏四重治疗维度。其一，祛风透邪：以麻黄辛温通腠，荆芥、防风轻扬疏风，三药相须为用，开泄膜腠玄府，导风邪从表而解。其二，调畅三焦：配伍厚朴苦温燥湿、陈皮芳化利气，共奏醒脾利气之效，以畅三焦气机；更以麻黄配伍桑白皮宣肺利水，茯苓淡渗健脾，赤小豆清利湿热，三焦水湿得从小便分消。其三，通络解痉：川芎辛香走窜，活血调营以通血络痹阻；僵蚕、蝉蜕虫类灵动之品，善解膜络挛急而止痉。其四，扶正祛邪：人参培补元气，既助风药托邪外达，又防辛散耗气之弊；连翘性凉质轻，既可透散气分郁热，又能制约风药温燥。其制方特色以麻黄代羌活强化开腠利水之功，避免湿热上蒙清窍；以连翘、赤小豆易薄荷，增强清透郁热之力；配伍人参寓攻补兼施之妙，契合“邪之所凑，其气必虚”的病机本质。此方独创性地将疏风透表、利气行津、活血通络、扶正祛邪诸法熔于一炉，尤擅治疗风邪兼夹湿、热等复合病机之瘾疹等皮肤疾患。

CSU的发病机制涉及多种细胞因子的复杂调控网络，其中IFN-γ、IL-33、IL-17A、IL-23和TNF-α通过不同途径共同驱动炎症反应和免疫失衡。IL-23驱动Th17分化，分泌IL-17A与TNF-α协同促炎；IL-33通过Th2途径增强肥大细胞活化和IgE应答；而IFN-γ的减少则削弱了对Th2的抑制，形成恶性循环。此外，IL-17A和TNF-α还可诱导角质形成细胞释放IL-33，进一步放大Th2型炎症。这种多因子交互作用最终导致肥大细胞持续活化、血管通透性增加及慢性瘙痒，构成了CSU的核心病理特征[9-11]。本研究结果显示，治疗组总有效率高于对照组，UAS7评分、VAS评分、DLQI评分改善均优于对照组，且2组患者均未出现明显不良反应，提示联合中药治疗CSU安全性好，能够减轻临床症状，改善生活质量，并具有远期获益效果。在实验室指标方面，治疗后治疗组IFN-γ水平较治疗前升高，IL-33、IL-17A、IL-23、TNF-α水平均较治疗前下降，其中，IFN-γ、IL-23、TNF-α水平改善优于对照组。根据上述研究结果，提示联合中药愈尔敏汤治疗CSU，可以正向调节CSU患者血清细胞因子水平，缓解炎症反应，恢复患者免疫平衡，从而有效改善症状，提升生活质量。

综上，氯雷他定片联合愈尔敏汤治疗CSU疗效肯定，可以减轻患者临床症状，提升患者生活质量，调节免疫失衡，值得在临床中推广应用。

[参考文献]

[1] 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心. 中国荨麻疹诊疗指南(2022版)[J]. 中华皮肤科杂志，2022，55(12)：1041-1049.

[2] 陈潮祖. 中医治法与方剂[M]. 5版. 北京：人民卫生出版社，2009：230-231.

[3] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 2版. 南京：江苏凤凰科学技术出版社，2017：785.

[4] 李曰庆. 中医外科学[M]. 2版. 北京：中国中医药出版社，2002：177-178.

[5] KOLKHIR P，GIMÉNEZ-ARNAU A M，KULTHANAN K，et al. Urticaria[J]. Nat Rev Dis Primers，2022，8(1)：61.

[6] 张立明，肖汀. 慢性自发性荨麻疹的自身免疫发病机制研究进展[J]. 中华皮肤科杂志，2023，56(6)：567-570.

[7] ZHU L，JIAN X，ZHOU B，et al. Gut microbiota facilitate chronic spontaneous urticaria[J]. Nat Commun，2024，15(1)：112.

[8] MAURER M，RAAP U，STAUBACH P，et al. Antihistamine-resistant chronic spontaneous urticaria：1-year data from the AWARE study[J]. Clin Exp Allergy，2019，49(5)：655-662.

[9] LIN W，ZHOU Q，LIU C，et al. Increased plasma IL-17，IL-31，and IL-33 levels in chronic spontaneous urticaria[J]. Sci Rep，2017，7(1)：17797.

[10] PUXEDDU I，PRATESI F，RIBATTI D，et al. Mediators of Inflammation and Angiogenesis in Chronic Spontaneous Urticaria：Are They Potential Biomarkers of the Disease?[J]. Mediators Inflamm，2017，2017：1-6. DOI：10.1155/2017/4123694.

[11] 陆晶，刘丹青，孙燕红，等. 慢性荨麻疹患者外周血IL-17、IL-25和IL-33的表达水平及诊断价值研究[J]. 中国医学创新，2023，20(9)：129-133.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]