

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2026.15.008

桂枝汤联合复方甘草酸苷治疗风寒束表证慢性荨麻疹的疗效及对患者免疫功能的影响^{*}

任楠¹,李燕妮²,刘波³,郭慧敏^{3△}

1. 西安大兴医院皮肤整形科,陕西西安 710002;2. 陕西省中医医院皮肤科,陕西西安 710000;
3. 陕西省延安市中医医院皮肤科,陕西延安 716000

摘要:目的 分析桂枝汤联合复方甘草酸苷治疗风寒束表证慢性荨麻疹的疗效及对患者免疫功能的影响。方法 选取 2023 年 1 月至 2024 年 6 月在西安大兴医院接受治疗的 144 例慢性荨麻疹患者作为研究对象,按照随机数字表法分为酸苷组、桂枝汤组、联合组。酸苷组服用复方甘草酸苷片,桂枝汤组服用桂枝汤,联合组同时服用复方甘草酸苷片和桂枝汤。比较 3 组临床疗效、不良反应发生情况及治疗前后中医证候积分、症状、体征、7 d 荨麻疹活动度(UAS7)、荨麻疹生活质量(CU-Q2oL)评分、白细胞介素(IL)-4、IL-10、IL-17、IL-23、IL-35、免疫球蛋白 E(IgE)、T 淋巴细胞亚群等。结果 联合组总有效率高于酸苷组、桂枝汤组($P<0.05$)。治疗后 3 组风团色淡红或苍白、遇风冷加重、恶风畏寒、口不渴、无汗或少汗、头痛身楚评分及总分均低于治疗前,且联合组风团色淡红或苍白、遇风冷加重、恶风畏寒、口不渴、无汗或少汗、头痛身楚评分及总分均低于酸苷组、桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 3 组发作频率、瘙痒程度及 UAS7 和 CU-Q2oL 评分均低于治疗前,持续时间、风团直径均短于治疗前,风团数目少于治疗前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后联合组发作频率、瘙痒程度及 UAS7 和 CU-Q2oL 评分均低于酸苷组和桂枝汤组,持续时间、风团直径均短于酸苷组和桂枝汤组,风团数目少于酸苷组和桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 3 组血清 IL-4、IL-10、IL-17、IL-23、IgE 水平均低于治疗前,IL-35 水平高于治疗前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后联合组血清 IL-4、IL-10、IL-17、IL-23、IgE 水平均低于酸苷组和桂枝汤组,IL-35 水平高于酸苷组和桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 3 组 CD3⁺、CD4⁺T 淋巴细胞比例及 CD4⁺/CD8⁺比值均高于治疗前,且联合组 CD3⁺、CD4⁺T 淋巴细胞比例及 CD4⁺/CD8⁺比值均高于酸苷组和桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 3 组 CD8⁺T 淋巴细胞比例低于治疗前,且联合组 CD8⁺T 淋巴细胞比例低于酸苷组和桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。3 组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 桂枝汤联合复方甘草酸苷治疗风寒束表证慢性荨麻疹疗效优于单用复方甘草酸苷或桂枝汤,可改善症状、体征,促进免疫功能恢复,且安全性较好。

关键词: 风寒束表证慢性荨麻疹; 桂枝汤; 复方甘草酸苷; 疗效; 免疫功能

中图法分类号:R758.24;R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2026)15-2062-08

Effect of Guizhi decoction combined with compound glycyrrhizin on chronic urticaria with wind-cold bundle syndrome and its influence on immune function^{*}

Ren Nan¹, Li Yanni², Liu Bo³, Guo Huimin^{3△}

1. Department of Dermatology and Plastic Surgery, Xi'an Daxing Hospital, Xi'an, Shaanxi 710002, China; 2. Department of Dermatology, Shaanxi Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xi'an, Shaanxi 710000, China; 3. Department of Dermatology, Yan'an Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yan'an, Shaanxi 716000, China

Abstract: Objective To analyze the efficacy of Guizhi decoction combined with compound glycyrrhizin in the treatment of chronic urticaria with wind-cold bundle syndrome and its effect on immune function. **Methods** A total of 144 patients with chronic urticaria treated in Xi'an Daxing Hospital from January 2023 to June 2024 were selected as the research objects, which were divided into acid glycoside group, Guizhi decoction group and combination group according to the random number table method. The acid glycoside group took compound glycyrrhizin tablets, the Guizhi decoction group took Guizhi decoction, and the combination group

^{*} 基金项目:陕西省中医药管理局科研课题(2019-GJ-LC004)。

作者简介:任楠,女,主治医师,主要从事中西医结合皮肤病方向的研究。△ 通信作者,E-mail:253145746@qq.com。

引用格式:任楠,李燕妮,刘波,等.桂枝汤联合复方甘草酸苷治疗风寒束表证慢性荨麻疹的疗效及对患者免疫功能的影响[J].检验医学与临床,2026,23(15):2062-2069.

took compound glycyrrhizin and Guizhi decoction at the same time. The clinical efficacy, adverse reactions, and Traditional Chinese Medicine Syndrome Score, symptoms, signs and 7 d urticaria activity score (UAS7), urticaria quality of life (CU-Q2oL) score, interleukin (IL)-4, IL-10, IL-17, IL-23, IL-35, immunoglobulin E (IgE) and T lymphocyte subsets before and after treatment in the three groups were compared. **Results** The total effective rate of the combined group was higher than that of the acid glycoside group and Guizhi decoction group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of pink or pale wind blob color, aggravation of wind and cold, aversion to wind and chills, no thirst in the mouth, no sweat or less sweat, headache and body pain and total score in the three groups were lower than those before treatment, and the scores of pink or pale wind blob color, aggravation of wind and cold, aversion to wind and chills, no thirst in mouth, no sweat or less sweat, headache and body pain and total score in the combined group were lower than those in the acid glycoside group and Guizhi decoction group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the attack frequency, pruritus degree, UAS7 and CU-Q2oL scores of the three groups were lower than those before treatment, the duration and diameter of wheal were shorter than those before treatment, and the number of wheal was less than that before treatment, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the attack frequency, pruritus degree, UAS7 and CU-Q2oL scores of the combined group were lower than those of the acid glycoside group and the Guizhi decoction group, the duration and diameter of wheal were shorter than those of the acid glycoside group and the Guizhi decoction group, and the number of wheal was less than that of the acid glycoside group and the Guizhi decoction group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the serum levels of IL-4, IL-10, IL-17, IL-23 and IgE in the three groups were lower than those before treatment, and IL-35 was higher than that before treatment, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the serum levels of IL-4, IL-10, IL-17, IL-23 and IgE in the combined group were lower than those in the acid glycoside group and Guizhi decoction group, and the serum level of IL-35 was higher than that in the acid glycoside group and Guizhi decoction group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the proportions of $CD3^+$ and $CD4^+$ T lymphocytes and $CD4^+/CD8^+$ ratio in the three groups were higher than those before treatment, and the proportions of $CD3^+$ and $CD4^+$ T lymphocytes and $CD4^+/CD8^+$ ratio in the combination group were higher than those in the acid glycoside group and Guizhi decoction group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the proportion of $CD8^+$ T lymphocytes in the three groups was lower than that before treatment, and the proportion of $CD8^+$ T lymphocytes in the combination group was lower than that in the acid glycoside group and Guizhi decoction group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). There was no significant difference in the total incidence of adverse reactions among the three groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The curative effect of Guizhi decoction combined with compound glycyrrhizin in the treatment of chronic urticaria with wind-cold bundle syndrome is better than that of compound glycyrrhizin or Guizhi decoction alone, which can improve symptoms and signs, promote the recovery of immune function and have good safety.

Key words: chronic urticaria of wind-cold bundle syndrome; Guizhi decoction; compound glycyrrhizin; efficacy; immune function

慢性荨麻疹是指由已知或未知原因引起的、持续至少 6 周的瘙痒、风团或血管性水肿^[1]。该病可影响全球 0.5%~1.0% 的人口,由于其瘙痒顽固且难以根治,患者常备受困扰,身心承受双重压力^[2]。抗组胺药是指南推荐的慢性荨麻疹治疗药物,疗效较好,但有部分患者治疗超过 6 个月仍存在瘙痒、风团,且部分患者对抗组胺药不耐受,因此亟须新的治疗措施或策略以提高疗效^[3]。中医在我国历史悠久,疗效较好^[4]。慢性荨麻疹在中医中存在多种证型,其中风寒束表证为常见证型之一,患者多在接触寒冷环境后于暴露部位出现风团或肿块,病程长、易反复^[5]。桂枝汤源自《伤寒论》,为张仲景所创经典方剂,具有祛邪

发汗、温通血脉之功,是治疗伤寒表虚证的主方,其治疗荨麻疹的疗效已在多项研究中得到肯定^[6]。复方甘草酸苷具有免疫调节作用,可促进免疫功能改善^[7]。本研究所用桂枝汤在经典方剂基础上加减化裁(如加入防风、白术、荆芥、黄芪等),既非完全自拟,亦非直接引用他人方剂。目前,桂枝汤联合复方甘草酸苷治疗风寒束表证慢性荨麻疹的效果尚不明确,本研究纳入 144 例该证型患者,旨在为慢性荨麻疹新治疗方法的探索提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2023 年 1 月至 2024 年 6 月在西安大兴医院接受治疗的 144 例慢性荨麻疹患者作

为研究对象,按照随机数字表法分为酸苣组、桂枝汤组、联合组,各 48 例。纳入标准:(1)符合《中国荨麻疹诊疗指南(2022 版)》^[8]中慢性荨麻疹的诊断标准;(2)符合中医风寒束表证的诊断标准^[9][主症(全部具备):风团色淡红或苍白,遇风、遇冷后发作或加重,得温则减;次症(至少满足 2 项):恶风畏寒,口不渴,小便清长,无汗或少汗,头痛、身楚;舌脉:舌质淡,苔薄白,脉浮,结合舌脉综合辨证];(3)18~60 岁;(4)临床资料完整。排除标准:(1)无法服用本研究药物;(2)有急性荨麻疹;(3)2 个月内有激素、免疫抑制剂使用史;(4)合并血液、免疫系统疾病;(5)合并心、肝、肾损害;(6)哺乳期或妊娠期女性;(7)合并精神疾病;(8)合并感染。脱落标准:无法配合本研究,依从性差。本研究经西安大兴医院医学伦理委员会审核批准(K2022011-019),且所有患者知情同意并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 资料收集 收集患者基线资料,包括性别、年龄、病程。

1.2.2 治疗方法 酸苣组服用复方甘草酸苣片[规格:(25 mg 甘草酸苣+25 mg 甘氨酸+25 mg 蛋氨酸)/片;批准文号:H20093006;生产厂家:西安利君制药有限公司],2 片/次,3 次/d。

桂枝汤组服用桂枝汤。药方组成:桂枝、大枣、防风、生姜、白术、荆芥各 10 g,炙甘草 5 g,白芍 12 g,黄芪 15 g。由西安大兴医院中药房统一煎制,将所有药材加入适量冷水浸泡 30 min,煮沸,再以文火煎煮 30 min,共煎煮 2 次,合并滤液,浓缩至每剂 400 mL,分装为 200 mL/袋。服用方法:200 mL/次,2 次/d,早、晚饭后温服。随症加减:若伴瘙痒难忍,加蝉蜕 6 g、蒺藜 10 g;若伴口渴心燥,加生薏苡仁 30 g、败酱草 18 g、牡丹皮 10 g;若伴肢冷畏寒,加细辛 3 g、吴茱萸 10 g。所有加减药材均在统一煎制时加入。

联合组同时服用复方甘草酸苣片、桂枝汤,服用方法同上。所有对象均服药 4 周。

1.2.3 临床疗效评估 依据治疗前后的症状变化结合疗效指数^[10],评估患者临床疗效。痊愈:不再出现风团、瘙痒,疗效指数 $>90\%$;显效:偶尔出现风团、瘙痒,疗效指数为 $60\%\sim 90\%$;好转:时常出现风团、瘙痒,疗效指数为 $30\%\sim <60\%$;无效:未达以上标准。总有效率=(痊愈例数+显效例数+好转例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.2.4 中医证候积分评估 根据《中医病证诊断疗效标准》^[10]制订,包括:风团色淡红或苍白(0~3 分)、遇风冷加重(0~3 分)、恶风畏寒(0~3 分)、口不渴(0~2 分)、无汗或少汗(0~2 分)、头痛身楚(0~2 分),总分 0~15 分。治疗前后分别评估患者中医证候积分,计算总积分及各项积分。

1.2.5 症状、体征评估 评估患者治疗期间的症状

与体征,包括发作频率、持续时间、风团数目、风团直径、瘙痒程度。前 4 项如实记录,瘙痒程度无瘙痒为 0 分,轻度且不影响生活为 1 分,中度且轻微影响生活为 2 分,重度且严重影响生活为 3 分,记录患者各项得分。

1.2.6 7 d 荨麻疹活动度(UAS7)和荨麻疹生活质量(CU-Q2oL)评分评估 在治疗前后对所有患者进行 UAS7^[11]、CU-Q2oL 评分^[12]。UAS7 评分有风团、瘙痒 2 个项目,分值为 0~6 分,连续 7 d 进行评分,总分为 0~42 分,得分越高说明越严重。CU-Q2oL 评分有 23 个条目,总分为 0~100 分,得分越高说明生活质量越低。

1.2.7 血清因子及 T 淋巴细胞检测 于治疗前后采集所有患者清晨空腹肘静脉血 5 mL,分装为 2 管,一管置于促凝管中,用于分离血清,检测白细胞介素(IL)-4、IL-10、IL-17、IL-23、IL-35、免疫球蛋白 E(IgE);另一管置于乙二胺四乙酸抗凝管中,用于流式细胞术检测 T 淋巴细胞亚群。促凝管采集后静置 30 min,以 3 000 r/min 离心 15 min,分离血清,分装于 EP 管中,置于 $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$ 冰箱保存待测。抗凝管采集后轻柔混匀。采用酶联免疫吸附试验检测血清 IL-4、IL-10、IL-17、IL-23、IL-35、IgE 水平,其中 IL-4(货号:XK-E1365h)、IL-10(货号:XK-E4400h)、IL-17(货号:XK-E1002)、IL-23(货号:XK-H2781)、IL-35(货号:XK-E1361h)试剂盒均购自上海恒科生物科技有限公司,IgE(货号:SC-E169)试剂盒购自深圳顺辰生物科技有限公司,采用酶标仪[型号:Thermo Scientific Multiskan FC 全自动酶标仪;生产厂家:赛默飞世尔科技(中国)有限公司]读取 450 nm 处的吸光度,以标准品为横坐标,吸光度为纵坐标,绘制标准曲线,取出适量血清标本,测定 450 nm 处吸光度,依据标准回归曲线计算相关指标水平。采用流式细胞术检测 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞比例,仪器为美国 BD 公司生产的 FACSCalibur 流式细胞仪,配套抗体试剂为 BD MultitestTM CD3/CD4/CD8/CD45 试剂盒。

1.2.8 不良反应记录 记录患者治疗期间出现的药物不良反应,包括恶心、口干、嗜睡、乏力、腹痛。

1.3 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件分析数据。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,多组间比较采用单因素方差分析,采用 SNK-*q* 检验进行事后两两比较。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组基线资料比较 酸苣组、桂枝汤组、联合组分别脱落 2 例、4 例、6 例,最终分别纳入 46、44、42 例。3 组性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

2.2 3 组临床疗效比较 联合组总有效率高于酸苣组、桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见

表 2。

2.3 3 组治疗前后中医证候积分比较 治疗后 3 组风团色淡红或苍白、遇风冷加重、恶风畏寒、口不渴、无汗或少汗、头痛身楚评分及总分均低于治疗前,且联合组风团色淡红或苍白、遇风冷加重、恶风畏寒、口不渴、无汗或少汗、头痛身楚评分及总分均低于酸苣组、桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 3 组治疗前后症状、体征比较 治疗后 3 组发作频率、瘙痒程度均低于治疗前,持续时间、风团直径均短于治疗前,风团数目少于治疗前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后联合组发作频率、瘙痒程度均低于酸苣组和桂枝汤组,持续时间、风团直径均短

于酸苣组和桂枝汤组,风团数目少于酸苣组和桂枝汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 1 3 组基线资料比较[$n(\%)$ 或 $\bar{x}\pm s$]

组别	<i>n</i>	性别		年龄(岁)	病程(月)
		男	女		
酸苣组	46	26(56.52)	20(43.48)	42.58±8.91	12.38±3.82
桂枝汤组	44	24(54.55)	20(45.45)	43.36±9.35	13.11±3.94
联合组	42	21(50.00)	21(50.00)	43.21±9.15	13.68±3.25
χ^2/F		0.391		0.093	1.375
<i>P</i>		0.822		0.912	0.257

表 2 3 组临床疗效比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	好转	无效	总有效
酸苣组	46	8(17.39)	16(34.78)	12(26.09)	10(21.74)	36(78.26)
桂枝汤组	44	8(18.18)	15(34.09)	12(27.27)	9(20.45)	35(79.55)
联合组	42	14(33.33)	22(52.38)	5(11.90)	1(2.38)	41(97.62) ^{ab}
χ^2						7.843
<i>P</i>						0.020

注:与酸苣组比较,^a $P<0.05$;与桂枝汤组比较,^b $P<0.05$ 。

表 3 3 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	风团色淡红或苍白		遇风冷加重		恶风畏寒		口不渴	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸苣组	46	2.53±0.41	1.36±0.32 [*]	2.48±0.39	1.29±0.28 [*]	2.37±0.42	1.21±0.25 [*]	1.65±0.31	0.89±0.21 [*]
桂枝汤组	44	2.49±0.38	1.32±0.30 [*]	2.51±0.40	1.25±0.26 [*]	2.41±0.39	1.18±0.23 [*]	1.69±0.29	0.85±0.19 [*]
联合组	42	2.51±0.39	0.57±0.18 ^{*ab}	2.47±0.37	0.52±0.16 ^{*ab}	2.39±0.41	0.48±0.15 ^{*ab}	1.67±0.30	0.32±0.10 ^{*ab}
<i>F</i>		0.116	112.039	0.126	139.292	0.109	157.486	0.200	142.383
<i>P</i>		0.891	<0.001	0.882	<0.001	0.897	<0.001	0.819	<0.001

组别	<i>n</i>	无汗或少汗		头痛身楚		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸苣组	46	1.58±0.27	0.82±0.18 [*]	1.49±0.26	0.77±0.17 [*]	10.10±1.53	5.94±1.02 [*]
桂枝汤组	44	1.62±0.29	0.79±0.16 [*]	1.53±0.28	0.73±0.15 [*]	10.25±1.48	5.72±0.98 [*]
联合组	42	1.60±0.28	0.29±0.08 ^{*ab}	1.51±0.27	0.25±0.07 ^{*ab}	10.19±1.51	2.91±0.76 ^{*ab}
<i>F</i>		0.230	174.331	0.247	188.304	0.113	141.732
<i>P</i>		0.795	<0.001	0.782	<0.001	0.893	<0.001

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与酸苣组比较,^a $P<0.05$;与桂枝汤组比较,^b $P<0.05$ 。

表 4 3 组治疗前后症状、体征比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	发作频率(次/周)		持续时间(h)		风团数目(个)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸苣组	46	3.15±0.65	1.72±0.32 [*]	3.51±0.83	2.53±0.74 [*]	2.91±0.77	1.89±0.41 [*]
桂枝汤组	44	3.22±0.67	1.74±0.35 [*]	3.46±0.82	2.43±0.63 [*]	2.85±0.79	1.91±0.44 [*]
联合组	42	3.20±0.66	1.21±0.28 ^{*ab}	3.49±0.80	1.36±0.39 ^{*ab}	2.88±0.76	1.71±0.32 ^{*ab}
<i>F</i>		0.135	38.166	0.043	48.724	0.068	3.340
<i>P</i>		0.874	<0.001	0.958	<0.001	0.935	0.039

续表 4 3 组治疗前后症状、体征比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	风团直径(mm)		瘙痒程度(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸苣组	46	2.47±0.50	1.53±0.25 [*]	2.71±0.46	1.67±0.18 [*]
桂枝汤组	44	2.61±0.55	1.56±0.23 [*]	2.69±0.44	1.63±0.20 [*]
联合组	42	2.55±0.53	1.06±0.17 ^{*ab}	2.68±0.45	1.12±0.11 ^{*ab}
<i>F</i>		0.802	69.383	0.051	142.083
<i>P</i>		0.451	<0.001	0.950	<0.001

注:与同组治疗前比较,^{*}*P*<0.05;与酸苣组比较,^a*P*<0.05;与桂枝汤组比较,^b*P*<0.05。

2.5 3 组治疗前后 UAS7 和 CU-Q2oL 评分比较 治疗后 3 组 UAS7 和 CU-Q2oL 评分均低于治疗前,且联合组 UAS7 和 CU-Q2oL 评分均低于酸苣组与桂枝汤组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 5。

2.6 3 组治疗前后血清指标比较 治疗后 3 组血清

IL-4、IL-10、IL-17、IL-23、IgE 水平均低于治疗前,IL-35 水平高于治疗前,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。治疗后联合组血清 IL-4、IL-10、IL-17、IL-23、IgE 水平均低于酸苣组和桂枝汤组,IL-35 水平高于酸苣组和桂枝汤组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 6。

表 5 3 组治疗前后 UAS7 和 CU-Q2oL 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	UAS7 评分		CU-Q2oL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸苣组	46	20.13±5.15	12.15±3.36 [*]	69.33±9.77	43.52±6.61 [*]
桂枝汤组	44	20.65±5.29	11.97±3.21 [*]	70.16±9.11	42.13±6.85 [*]
联合组	42	19.85±4.83	8.62±1.84 ^{*ab}	71.18±11.58	32.29±5.64 ^{*ab}
<i>F</i>		0.274	20.120	0.363	39.410
<i>P</i>		0.761	<0.001	0.696	<0.001

注:与同组治疗前比较,^{*}*P*<0.05;与酸苣组比较,^a*P*<0.05;与桂枝汤组比较,^b*P*<0.05。

表 6 3 组治疗前后血清指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	IL-4(pg/mL)		IL-10(pg/mL)		IL-17(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸苣组	46	9.82±1.58	7.83±1.17 [*]	18.67±3.28	15.33±2.96 [*]	19.16±5.11	12.84±3.16 [*]
桂枝汤组	44	9.39±1.64	7.43±1.61 [*]	19.24±3.59	15.91±3.32 [*]	20.31±5.54	12.04±3.21 [*]
联合组	42	9.56±1.61	6.11±0.92 ^{*ab}	19.03±3.43	12.58±2.47 ^{*ab}	19.84±5.07	8.96±1.72 ^{*ab}
<i>F</i>		0.816	21.777	0.318	15.635	0.548	23.094
<i>P</i>		0.444	<0.001	0.728	<0.001	0.580	<0.001

组别	<i>n</i>	IL-23(pg/mL)		IL-35(pg/mL)		IgE(IU/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸苣组	46	28.49±6.45	16.37±3.38 [*]	45.25±8.85	52.38±11.38 [*]	152.36±32.17	98.45±25.33 [*]
桂枝汤组	44	29.17±6.63	17.03±6.51 [*]	46.66±9.92	53.72±9.99 [*]	158.74±35.21	101.28±28.64 [*]
联合组	42	29.02±6.02	10.59±2.11 ^{*ab}	53.88±9.16	59.41±10.79 ^{*ab}	155.89±30.45	65.37±18.92 ^{*ab}
<i>F</i>		0.142	27.559	0.258	5.215	0.402	27.601
<i>P</i>		0.868	<0.001	0.773	<0.001	0.670	<0.001

注:与同组治疗前比较,^{*}*P*<0.05;与酸苣组比较,^a*P*<0.05;与桂枝汤组比较,^b*P*<0.05。

2.7 3 组治疗前后 T 淋巴细胞亚群比较 治疗后 3 组 CD3⁺、CD4⁺ T 淋巴细胞比例及 CD4⁺/CD8⁺ 比值均高于治疗前,且联合组 CD3⁺、CD4⁺ T 淋巴细胞比例及 CD4⁺/CD8⁺ 比值均高于酸苣组和桂枝汤组,差

异均有统计学意义(*P*<0.05)。治疗后 3 组 CD8⁺ T 淋巴细胞比例低于治疗前,且联合组 CD8⁺ T 淋巴细胞比例低于酸苣组和桂枝汤组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 7。

2.8 3 组不良反应发生情况比较 3 组不良反应总 发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 8。

表 7 3 组治疗前后 T 淋巴细胞亚群比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	CD3 ⁺ T 淋巴细胞比例(%)		CD4 ⁺ T 淋巴细胞比例(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸甘组	46	64.17±9.16	66.99±9.81 [*]	31.15±7.12	34.26±7.26 [*]
桂枝汤组	44	65.38±8.89	67.03±9.72 [*]	30.58±6.64	34.03±7.32 [*]
联合组	42	65.10±8.36	72.82±6.33 ^{*ab}	30.98±6.83	39.07±6.98 ^{*ab}
F		0.233	6.214	0.081	6.718
P		0.793	0.003	0.922	0.002

组别	n	CD8 ⁺ T 淋巴细胞比例(%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺ 比值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
酸甘组	46	31.94±6.23	28.81±5.57 [*]	1.11±0.21	1.74±0.34 [*]
桂枝汤组	44	31.16±6.11	28.14±5.61 [*]	1.09±0.18	1.71±0.33 [*]
联合组	42	31.22±6.22	22.23±4.38 ^{*ab}	1.10±0.19	2.15±0.42 ^{*ab}
F		0.222	20.605	0.119	19.536
P		0.802	<0.001	0.887	<0.001

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与酸甘组比较,^a $P<0.05$;与桂枝汤组比较,^b $P<0.05$ 。

表 8 3 组不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	恶心	口干	嗜睡	乏力	腹痛	总发生
酸甘组	46	2(4.35)	1(2.17)	2(4.35)	3(6.52)	3(6.52)	11(23.91)
桂枝汤组	44	2(4.55)	2(4.55)	1(2.27)	2(4.55)	3(6.82)	10(22.73)
联合组	42	3(7.14)	1(2.38)	3(7.14)	4(9.52)	1(2.38)	12(28.57)
χ ²							0.436
P							0.804

2.9 桂枝汤随症加减应用情况分析 为进一步分析个体化治疗对疗效的潜在影响,本研究对桂枝汤组与联合组中接受“随症加减”治疗的患者情况进行了描述性统计。在共计 86 例(桂枝汤组 44 例,联合组 42 例)患者中,有 5 例患者根据中医辨证进行了药味加减。其中,因“瘙痒难忍”加用蝉蜕、蒺藜者共 3 例,因“口渴心燥”加用生薏苡仁、败酱草、牡丹皮者 1 例,因“肢冷畏寒”加用细辛、吴茱萸者 1 例,治疗后瘙痒、口渴、畏寒症状均得到主观上的明显改善。因各加减亚组样本量较小,未进行组间差异性检验。

3 讨 论

慢性荨麻疹病因复杂,治疗困难,西医用抗组胺法治疗,第 2 代药物在初代的基础上大幅改进,不再存在中枢镇静等不良反应,西医治疗虽然短期见效快,若长期使用可能引起耐药或依赖等情况,远期疗效有限^[13]。中西医结合方案是目前临床治疗多种慢性病的可靠方法,在荨麻疹治疗方面中西医可结合患者具体情况辨证施法^[14],相较单纯西医治疗优势突出。因此,本研究分析了中西医结合的疗法用于慢性荨麻疹的效果。

慢性荨麻疹在中医中又名“瘾疹”,病机为营卫失

和,因此易感风邪而发本病^[15],机体气血不足,卫外失固,肌肤受损,长久而生风团,引发瘙痒,久病损耗气血,循环往复,故病情迁延、久难治愈。慢性荨麻疹存在多种证型,风寒束表证临床为常见证型之一,患者阳气缺失,风寒侵体。寒冷型表证者先天欠佳,卫外失固,更易受外界风邪所扰,因此风寒束表证慢性荨麻疹风寒侵体,营卫失调,内外郁结,积而发病,治当温阳养血、祛风止痒、散寒调和^[16]。桂枝汤中桂枝性温散寒,大枣养脾补中,防风祛风止痒,生姜结合桂枝发散驱邪,白术利水益气,荆芥解表祛风,兼具止痒之功,白芍益阴和营,可敛外泄之营阴,黄芪固表益卫,炙甘草调和诸药,全方祛风止痒、益气固表。此外,本研究在桂枝汤的应用上遵循了中医“辨证论治”的原则,实施了随症加减。对于瘙痒难忍者,加用蝉蜕与蒺藜,二者为经典的祛风止痒药,能增强全方宣散风邪、镇静止痒之力;对于伴口渴心燥者,加用生薏苡仁、败酱草与牡丹皮,意在清热利湿、凉血除烦,兼顾了部分患者因风寒郁而化热的病机转变;对于肢冷畏寒者,加用细辛与吴茱萸,二者性味辛热,能温经散寒、通达表里,强化了基础方温通血脉的功效。虽因各组内加减病例数分散而未在统计学上单独呈现,但

本研究结果初步提示,基于证候的随症加减策略与患者特定症状的改善有关,体现了中医辨证论治的个体化治疗优势,确保了方药与病机的契合。在本研究中,联合组总有效率高于桂枝汤组、酸苈组,即联合中西医结合进行治疗的患者治愈、显效、好转比例更高,且比较不同治法患者的中医证候积分、症状、体征、UAS7 和 CU-Q2oL 评分发现,联合组患者均得到了更好的改善,提示同时服用中药与西药效果更好,分析原因:(1)复方甘草酸苷可参与免疫细胞活性的调节,其具有抗炎症、抗变态反应及免疫整合的效用^[17],其可作用于肥大细胞,减少组胺的释放,荨麻疹患者的临床体征、瘙痒情况得到缓解。(2)据现代药理学,桂枝具有抗炎、抗病毒、抗过敏的作用,可调整血液循环,温经通络^[18];白芍中的芍药苷是核心活性成分,具有抗炎症、免疫抑制及调节 T 淋巴细胞功能的作用^[19];甘草(炙甘草)所含的甘草酸苷及其代谢产物甘草次酸,有类皮质激素样抗炎、抗病毒和免疫调节活性^[20];生姜中的姜酚、姜烯酚等成分有抗炎、抗氧化及抗过敏特性^[21];大枣可镇静、增肌,具有抗变态反应之功,可抑制抗体的产生,还可增强免疫功能,提升元气、免疫力^[22];黄芪的主要活性成分黄芪多糖、黄芪甲苷等,能双向调节免疫功能,同时可抗炎症、抗氧化应激^[23];防风可抗炎症、抗过敏,生姜可抗菌驱寒,是驱风剂的一种^[24];荆芥富含挥发油,有抗炎症、抗过敏及抗微生物作用^[25];白术中的白术内酯等有抗炎症、调节胃肠功能及增强免疫的作用^[26]。此外,本研究还根据患者具体症状调整药方,随症加减,不同症状者加服相应草药,以改善临床疗效。复方甘草酸苷联合桂枝汤可实现内外表里兼治,药效互相补充增强,因此联合组患者临床疗效更高,症状缓解程度更优。

研究表明,慢性荨麻疹发生与免疫功能的异常存在密不可分的关系,1 型辅助性 T 淋巴细胞/2 型辅助性 T 淋巴细胞(Th1/Th2)失衡是发生荨麻疹的重要原因之一,CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞均是重要免疫细胞^[27],IL-4、IL-10 可由 CD4⁺ T 淋巴细胞亚群 Th2 分泌,与过敏反应的加剧有关,IL-17、IL-23 可由辅助性 T 淋巴细胞 17(Th17)分泌,能诱导细胞分泌 IL-6 等炎症因子,加剧炎症反应、促进免疫应答^[28],IL-35 可由调节性 T 淋巴细胞分泌,抑制炎症活化、减少炎症反应,当 IL-35 不足时,炎症反应加剧,血管通透性提升,更易出现皮肤发痒现象^[29]。IgE 作为 I 型超敏反应的核心介质,其水平直接反映了机体过敏状态的强度,是慢性荨麻疹发病的关键环节^[30]。因此,本研究又分析了慢性荨麻疹患者治疗前后血清因子及 T 淋巴细胞亚群的变化发现,联合组患者服用本研究药物后炎症因子及 T 淋巴细胞异常情况均有缓解。分析原因:(1)复方甘草酸苷片可有效降低炎症因子水平,以发挥非特异性抗炎之效,从而降低血清中的炎症因子水平,还可通过稳定肥大细胞膜、抑制 IgE

的产生与释放,直接降低 IgE 水平,其还具有免疫调节之功,通过调节 T 淋巴细胞功能,抑制 Th2 的活性、增强 Th1 的功能,促进干扰素的分泌,进而起到免疫调节之效^[31-32]。(2)现代药理学表明,甘草、荆芥、防风可抑制核因子- κ B 信号通路,达到抗炎、抗病毒的作用,甘草还参与促进脾细胞的增殖过程,进而参与 Th1/Th2 平衡的调控,影响机体免疫效能^[33]。马天翔等^[25]发现,荆芥、防风均参与 T 淋巴细胞受体信号通路对炎症细胞的调控过程,防风还可抑制组胺分泌,达到抗过敏的作用,黄芪可通过多种途径参与 Th1/Th2 及炎症因子表达的调节,发挥抗炎、促进免疫恢复的功效^[34]。(3)此外,联合组的炎症因子及 T 淋巴细胞改善均优于桂枝汤组、酸苈组,提示联合治疗降低炎症、纠正过敏状态、恢复免疫功能的效用更高。这可能是因为,复方甘草酸苷作为现代化学药物,其作用侧重于“下游”快速控制炎症,其主要成分甘草酸苷能稳定细胞膜,抑制组胺等炎症介质的释放,从而快速缓解风团与瘙痒^[35];而桂枝汤则作用于“上游”进行整体免疫调节,根据现代药理学,方中桂枝、防风、荆芥等具有抗炎、抗过敏功效,黄芪、甘草等则可显著调节免疫功能^[36]。以上结果提示二者协同是改善患者症状、降低过敏负荷、提升免疫力的关键,初步推测,复方甘草酸苷创造的抗炎环境,可能增强了桂枝汤中活性成分对免疫细胞功能的调节能力,共同促使免疫应答改善,从而在抑制炎症、过敏反应和恢复免疫功能方面同时发挥作用。因此,联合治疗的患者炎症及免疫失衡调节效果更好,疗效及症状评分得到更大改善。此外,本研究还分析了联合治疗与单药治疗者的不良反应发生情况,发现 3 组无差异。尽管本研究检测了多项细胞因子、IgE 和 T 淋巴细胞亚群,但研究仍停留在临床免疫表证层面,未能深入探讨其背后的分子信号通路,未来还需展开基础动物研究,建立体外模型,以提供更直接的证据,进行更深入的机制探索予以验证。

综上所述,桂枝汤联合复方甘草酸苷治疗风寒束表证慢性荨麻疹疗效确切,其优势可能源于复方甘草酸苷的快速抗炎、抗过敏作用与桂枝汤的系统免疫调节作用所形成的协同效应,共同纠正免疫失衡。本研究为这一中西医结合方案提供了初步的临床免疫学理论依据,未来需通过基础研究进一步揭示其精确的分子互作机制。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献 任楠:设计研究方案,论文撰写;李燕妮:提出研究思路,分析试验数据;刘波:资料搜集整理、论文修改;郭慧敏:统计学分析、论文审核。

参考文献

- [1] Kaplan A, Lebowitz M, Giménez-Arnau A M, et al. Chronic spontaneous urticaria: focus on pathophysiology to un-

- lock treatment advances[J]. Allergy, 2023, 78(2): 389-401.
- [2] Metz M, Vadasz Z, Kocaturk E, et al. Omalizumab updosing in chronic spontaneous urticaria: an overview of real-world evidence[J]. Clin Rev Allergy Immunol, 2020, 59(1): 38-45.
- [3] He L, Yi W, Huang X, et al. Chronic urticaria: advances in understanding of the disease and clinical management[J]. Clin Rev Allergy Immunol, 2021, 61(3): 424-448.
- [4] 周瑶瑶, 王雅琦, 邵冬梅, 等. 基于中医体质学基本原理探析慢性荨麻疹的发病规律[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(12): 6051-6054.
- [5] 焦亮, 余倩颖, 向浩瑜, 等. 中医专方治疗寒冷性荨麻疹的研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(3): 975-979.
- [6] 吴芳芳. 桂枝汤加减治疗慢性荨麻疹的临床疗效及安全性研究[J]. 中国保健营养, 2021, 31(25): 83.
- [7] 郑子恢, 张碧华, 李琼, 等. 复方甘草酸苷联合左西替利嗪治疗慢性荨麻疹有效性和安全性的 Meta 分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2022, 20(2): 60-66.
- [8] 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.
- [9] 中华中医药学会皮肤科分会. 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.
- [10] 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, 1994: 265.
- [11] Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA² LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria[J]. Allergy, 2018, 73(7): 1393-1414.
- [12] 于森, 陈玉迪, 刘擘, 等. 中文版慢性荨麻疹生活质量问卷(CU-Q2oL)信效度验证[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(12): 992-997.
- [13] Maurer M, Casale T B, Saini S S, et al. Dupilumab in patients with chronic spontaneous urticaria (LIBERTY-CSU CUPID): two randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials[J]. J Allergy Clin Immunol, 2024, 154(1): 184-194.
- [14] 李臻宇, 纳猛, 杨恩品. 益肾固卫汤治疗慢性荨麻疹表虚证的疗效及对血清补体的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(4): 427-430.
- [15] 孙昂远, 李铁男, 孙晓冬, 等. 养血祛风汤治疗血虚风热型慢性荨麻疹疗效及对免疫因子水平的影响[J]. 中医药学报, 2021, 49(3): 80-83.
- [16] 何俊辰, 郭然, 张理涛. 慢性自发性荨麻疹患者中医体质及证型分布特点研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2023, 22(6): 536-538.
- [17] 曹凯, 陈涛, 付丽新. 复方甘草酸苷在皮肤性病治疗中的应用进展[J]. 中南药学, 2020, 18(6): 1026-1030.
- [18] 雷玉西, 赵凤林. 基于网络药理学探讨桂枝-甘草汤对治疗室性期前收缩作用机制[J]. 山西中医, 2023, 39(11): 62-65.
- [19] 曾庆涛, 吴红彦, 王雅乐, 等. 基于网络药理学探讨白芍治疗阿尔茨海默病作用机制[J]. 西部中医药, 2024, 37(2): 111-115.
- [20] 李连雨, 陈林霖, 刘萍. 基于网络药理学和实验验证的桂枝甘草汤抗心肌缺血再灌注损伤的作用机制研究[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(3): 798-808.
- [21] 刘燕, 玄静, 姜秋, 等. 网络药理学及实验验证生姜-乌梅药对调控肠动力的作用机制[J]. 中国医院药学杂志, 2025, 45(21): 2451-2457.
- [22] 周文静, 张萌, 周荣荣, 等. 基于网络药理学探讨“黄芪-当归-大枣”角药补气养血的分子机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(5): 1725-1733.
- [23] 谭丽, 龙江兰, 曾志华, 等. 基于网络药理学和代谢组学探讨黄芪四妙汤治疗 2 型糖尿病的作用机制[J]. 中国中药杂志, 2024, 49(15): 4207-4219.
- [24] 张露苗, 马平凡, 张璐瑶, 等. 基于网络药理学探究黄芪-防风药对预防新型冠状病毒肺炎的作用机理[J]. 中医临床研究, 2021, 13(5): 1-8.
- [25] 马天翔, 顾志荣, 孙岚萍, 等. 荆芥-防风药对治疗荨麻疹作用机制的网络药理学研究[J]. 中药新药与临床药理, 2020, 31(4): 435-440.
- [26] 余献文, 戚韵雯, 李智. 白术内酯 II 通过磷脂酰肌醇-3 激酶/蛋白激酶 B 改善氧化应激诱导的神经元细胞损伤[J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(1): 37-41.
- [27] 韩露, 周扬, 万月, 等. 基于 GEO 数据库的慢性自发性荨麻疹基因集富集及免疫细胞浸润分析[J]. 中国免疫学杂志, 2024, 40(7): 1405-1410.
- [28] Bracken S J, Abraham S, MacLeod A S. Autoimmune theories of chronic spontaneous urticaria[J]. Front Immunol, 2019, 10: 627.
- [29] 吴丹, 刘敏, 王晓哲. 慢性自发性荨麻疹血清 IL-35、TGF- β 1、总 IgE 水平及其与瘙痒 VAS 评分和瘙痒时间的关系[J]. 标记免疫分析与临床, 2020, 27(2): 257-261.
- [30] 胡骏. 依匹斯汀联合奥洛他定治疗慢性荨麻疹的疗效及对 IgE 与 hs-CRP 水平的影响[J]. 临床合理用药, 2025, 18(28): 146-148.
- [31] 种树彬, 刘春林. 复方甘草酸苷片联合盐酸西替利嗪治疗慢性荨麻疹患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2022, 38(24): 2954-2958.
- [32] 唐卓润, 梁天梅. 富马酸卢帕他定与复方甘草酸苷联合对慢性荨麻疹患者活动度、瘙痒症状和血清 IgE、SAA 和 IFN- γ 水平的影响[J]. 中外医学研究, 2024, 22(24): 25-28.
- [33] 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.
- [34] 魏瑜, 赵珍, 张传标, 等. 黄芪多糖对系统性红斑狼疮小鼠免疫调节的影响[J]. 安徽医药, 2021, 25(5): 863-867.
- [35] 张洁, 王刚, 冯菲. 金蟾止痒胶囊联合复方甘草酸苷治疗荨麻疹的观察研究[J]. 现代药物与临床, 2024, 39(2): 438-441.
- [36] 张伟丽, 袁淑苹, 苏欢. 桂枝汤合小柴胡汤治疗慢性荨麻疹临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(9): 1691-1693.

(收稿日期: 2025-11-22 修回日期: 2026-03-27)

(编辑: 熊欣然 廖薇薇)