

扶正祛风汤对慢性荨麻疹患者的疗效观察及对活动性评分、血清 CRP 和免疫球蛋白水平的影响

白玉蓉,高月*

北京中医药大学孙思邈医院药学部,陕西 铜川 727000

摘要 目的:探讨扶正祛风汤对慢性荨麻疹患者的临床疗效、活动性评分(UAS7)、皮肤病生活质量指数(DLQI)及血清 C 反应蛋白(CRP)、免疫球蛋白水平的影响,并评估其对血清炎症因子、趋化因子及免疫功能的调节作用。方法:本研究为前瞻性研究,选取 2020 年 3 月—2024 年 3 月在北京中医药大学孙思邈医院进行治疗的 211 例慢性荨麻疹患者,采用随机数字表法分为对照组 106 例与观察组 105 例。对照组接受盐酸左西替利嗪片治疗,观察组在对照组基础上接受扶正祛风汤治疗。两组患者均治疗 4 周。对两组患者治疗前后 UAS7 及 DLQI 进行评估,比较两组患者治疗前后中医证候积分,检测并比较血清炎症因子、趋化因子水平及免疫功能相关指标水平,统计并比较两组患者治疗效果及不良反应发生情况。结果:治疗后两组 UAS7 及 DLQI 均降低($P < 0.01$),治疗后观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.01$)。治疗后观察组血清 IL-17、IL-23、IL-31、IL-33、IFN- γ 、TGF- β 、CRP、SAA、D-D、MCP-1、RANTES、Eotaxin、C5a、IgE 水平均低于对照组($P < 0.01$)。治疗后观察组血清 C3、C4 水平均高于对照组($P < 0.01$)。观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.01$)。观察组不良反应总发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论:扶正祛风汤能够显著改善慢性荨麻疹患者的临床症状、减少 UAS7 和 DLQI 评分,降低血清炎症因子及趋化因子水平,提升免疫功能,且安全性较高,不良反应少,具有较好的临床应用价值。

关键词 扶正祛风汤;慢性荨麻疹;盐酸左西替利嗪片;免疫球蛋白;炎症因子;趋化因子;免疫功能

中图分类号:R275.9;R758.24

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)07-0096-07

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260148

慢性荨麻疹(Chronic urticaria),中医称之为“瘾疹”,乃风邪侵袭肌表,营卫不和,兼之内虚所致之顽固性皮肤病^[1]。其病程绵长,反复发作,风团时起时消,瘙痒难忍,严重妨碍患者生活起居,降低生命质量^[2]。尽管西医学以抗组胺药等治疗,然而疗效时有反复,且副作用不容忽视,故探索中医治法显得尤为重要。中医认为,瘾疹之生,源于正气不足,风邪乘虚而入,或兼夹湿热、瘀血等邪,阻滞气血运行,肌肤失养而发。扶正祛风汤遵中医辨证施治之旨,集扶正固本、祛风止痒诸法于一体,旨在调和阴阳,恢复气血平衡,驱邪外出,从而根治瘾疹之疾。现代研究^[3]揭示,血清 C 反应蛋白(CRP)、免疫球蛋白等免疫指标,以及炎症因子、趋化因子之动态变化,与瘾疹发病机理及治疗效果息息相关。扶正祛风汤通过调整机体免疫功能,减轻

炎症反应,降低血清炎症因子及趋化因子水平,进而改善瘾疹患者之症状及生活质量。本研究旨在深入探究扶正祛风汤对慢性荨麻疹的疗效机制,为中医药治疗慢性荨麻疹提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究前瞻性选取 2020 年 3 月—2024 年 3 月在北京中医药大学孙思邈医院进行治疗的 211 例慢性荨麻疹患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组 106 例与观察组 105 例。两组患者一般资料相比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。本研究经北京中医药大学孙思邈医院医学伦理委员会审核并批准,批准号:2020(019)号。

表 1 两组慢性荨麻疹患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		平均年龄/岁	平均病程/月
		男	女		
对照组	106	58	48	28.68 $\pm$ 5.25	12.52 $\pm$ 1.67
观察组	105	55	50	28.13 $\pm$ 4.86	12.78 $\pm$ 1.13
χ^2 值		0.116		0.789	1.323
P 值		0.734		0.431	0.187

收稿日期:2025-01-14 修回日期:2025-12-02

基金项目:陕西省重点研发计划项目(2021ZDLSF04-06)

作者简介:白玉蓉(1989-),女,主管中药师,从事中药学相关研究。

* 通信作者:高月(1987-),女,主管中药师,从事中药学相关研究。

1.2 诊断标准

西医诊断标准^[2]:患者皮肤出现不同形态和大小的风团,反复发作且时多时少,症状较轻。皮损每周至少反复发作2次,持续超过6周。

中医诊断标准符合《瘾疹(荨麻疹)中医治疗专家共识》^[4]中关于慢性荨麻疹的诊断标准,即症状持续6周以上,反复出现风团、红斑或瘙痒症状;符合血虚风燥型荨麻疹诊断标准。主症:皮肤瘙痒,风团反复发作,夜间加重,迁延数月或数年不愈;兼症:面色萎黄或苍白,头晕目眩,心悸失眠,手足心热;舌脉:舌淡红少苔,脉细弱或细数。

1.3 纳入标准

①年龄>18岁;②经皮肤科专科医师确诊为慢性荨麻疹,且未使用免疫抑制剂或其他强效抗组胺药物治疗至少2周;③中医辨证为血虚风燥型荨麻疹;④签署知情同意书,并配合治疗评估。

1.4 排除标准

①合并其他系统性自身免疫疾病,如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等;②伴有严重心肝肾功能不全,或合并慢性传染病如结核、肝炎等;③妊娠或哺乳期妇女;④近1个月内接受过其他影响免疫系统的药物治疗,如糖皮质激素或生物制剂;⑤对盐酸左西替利嗪或扶正祛风汤中任意成分存在过敏史;⑥精神障碍或认知功能障碍,无法理解或配合本研究治疗及评估。

1.5 治疗方法

对照组接受盐酸左西替利嗪片(上海清松制药有限公司,国药准字H20080307,规格5 mg)治疗。每次1片,每日1次。连续服用4周。

观察组在对照组基础上接受扶正祛风汤治疗。扶正祛风汤组方:仙鹤草25 g,黄芪15 g,生地黄15 g,玄参15 g,防风10 g,甘草10 g,僵蚕10 g,蝉蜕5 g。将上述药材洗净后,放入煎药锅中。加入适量的清水(一般水量需没过药材表面约2~3 cm),浸泡约30 min,使药材充分吸水膨胀。开火煎煮,先用大火煮沸,然后转小火慢煎,保持微沸状态。煎煮时间一般为30~60 min,根据药材的质地和药效可适当调整。煎煮完成后,用纱布或滤网过滤掉药渣,保留药液。将煎煮得到的药液合并,总量约为400 mL。分早晚两次服用,即每日1剂,每次服用200 mL。服用时可将药液加热至温热状态,以利于药效的发挥和身体的吸收。连续服用4周。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 活动性评分

活动性评分(Weekly Urticaria Activity Score,

UAS7)^[5]评估慢性荨麻疹患者风团活动性:每日记录风团(0~3分)和瘙痒(0~3分),总分0~6分/d,累计7 d得总分0~42分。UAS7越高,症状越重,疗效越差。

1.6.2 皮肤病生活质量指数

皮肤病生活质量指数(Dermatology Life Quality Index, DLQI)^[6]含10题,评估症状、活动、工作、关系及治疗,每题0~3分,总分0~30分,分数越高对生活质量影响越大。

1.6.3 中医证候积分

对两组患者治疗前后进行中医证候积分评估,参考《瘾疹(荨麻疹)中医治疗专家共识》^[7]。主症4项,根据严重程度评分0、2、4、6分,得分越高代表证候越重。次症3项,根据严重程度评分0、1、2、3分,得分越高代表证候越重。

1.6.4 血清生物标志物水平检测

抽取两组患者治疗前后晨间空腹外周血5 mL,室温高速离心后取上清为血清。使用酶联免疫吸附试剂盒检测血清白细胞介素17(IL-17)、白细胞介素23(IL-23)、白细胞介素31(IL-31)、白细胞介素33(IL-33)、 γ -干扰素(IFN- γ)、血清淀粉样蛋白A(SAA)、D-二聚体(D-D)、单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)、活化后表达和分泌的正常T细胞调节因子(RANTES)、嗜酸性粒细胞趋化蛋白(Eotaxin)水平。采用免疫比浊法检测血清样本中CRP、C3、C4、补体成分5a(C5a)、免疫球蛋白E(IgE)水平。

1.6.5 疗效评估

对两组患者治疗效果进行评估,参考《荨麻疹》^[8]。①痊愈:中医证候评分减少90%以上,瘙痒和风团等症状完全消失;②显效:中医证候评分减少在60%~90%,瘙痒和风团症状明显改善;③有效:中医证候评分减少在20%~60%,瘙痒和风团症状有所好转;④无效:中医证候评分减少不足20%,瘙痒和风团症状无明显改善。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times$ 100%。

1.6.6 不良反应

对两组患者治疗过程中出现红斑、脱屑、恶心呕吐等不良反应的情况进行随访与统计,并计算不良反应发生情况。

1.7 统计学分析

应用SPSS 26.0软件分析,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表述计量资料,行 t 检验;以[例(%)]表述计数资料,行 χ^2 检验。以中位数(上下四分位数)表述独立样本,行Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 时,差异有统计学

意义。
2 结果
2.1 两组 UAS7、DLQI 比较

($P < 0.01$), 观察组 UAS7 及 DLQI 中位数分别为 7.00、2.00, 均低于对照组的 7.50、3.00 ($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 2。

治疗后观察组与对照组 UAS7 及 DLQI 均降低

表 2 两组慢性荨麻疹患者 UAS7 及 DLQI 比较[$M(Q_1, Q_3)$]

组别	例数	UAS7/分		DLQI/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	19.00(12.00,27.00)	7.50(0.00,22.75)**	3.00(2.00,6.00)	3.00(2.00,6.00)**
观察组	105	15.50(10.00,28.00)	7.00(0.00,16.00)**	3.00(1.00,6.00)	2.00(0.00,4.00)**
Z 值		1.135	2.246	0.669	4.730
P 值		0.256	0.025	0.503	0.000

注:与本组治疗前比较,** $P < 0.01$ 。

2.2 两组中医证候积分比较

观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.01$)。见表 3。

治疗后两组中医证候积分均降低($P < 0.01$),且

表 3 两组慢性荨麻疹患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	风团反复发作		瘙痒		神疲乏力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	3.65 ± 0.49	1.38 ± 0.27**	3.70 ± 0.58	1.49 ± 0.29**	3.75 ± 0.61	1.54 ± 0.21**
观察组	105	3.62 ± 0.54	1.22 ± 0.19**	3.74 ± 0.52	1.29 ± 0.18**	3.88 ± 0.65	1.36 ± 0.25**
t 值		0.423	4.974	0.527	6.012	1.498	5.665
P 值		0.673	0.000	0.599	0.000	0.136	0.000

组别	例数	自汗		腕痞纳呆		畏风	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	2.15 ± 0.39	1.15 ± 0.19**	2.11 ± 0.32	1.32 ± 0.26**	2.05 ± 0.29	1.20 ± 0.33**
观察组	105	2.11 ± 0.42	1.03 ± 0.23**	2.13 ± 0.28	1.20 ± 0.20**	2.11 ± 0.32	1.06 ± 0.18**
t 值		0.717	4.133	0.483	3.755	1.427	3.820
P 值		0.474	0.000	0.630	0.000	0.155	0.000

注:与本组治疗前比较,** $P < 0.01$ 。

2.3 两组炎症因子水平比较

TGF- β 、CRP、SAA、D-D 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 4。

治疗后两组炎症因子水平均降低($P < 0.01$),且

观察组血清 IL-17、IL-23、IL-31、IL-33、IFN- γ 、

表 4 两组慢性荨麻疹患者血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-17/(ng/L)		IL-23/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	30.11 ± 4.98	19.57 ± 3.11**	38.79 ± 6.34	24.01 ± 4.23**
观察组	105	29.87 ± 5.04	18.01 ± 2.87**	39.12 ± 5.78	21.35 ± 3.53**
t 值		0.348	3.786	0.395	4.957
P 值		0.728	0.000	0.693	0.000

组别	例数	IL-31/(ng/L)		IL-33/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	170.35 ± 15.47	131.46 ± 8.79**	142.86 ± 18.76	104.24 ± 13.25**
观察组	105	172.46 ± 14.68	118.98 ± 7.86**	140.35 ± 19.67	88.57 ± 9.36**
t 值		1.016	10.868	0.949	9.913
P 值		0.311	0.000	0.344	0.000

续表 4

组别	例数	IFN - γ/(ng/L)		TGF - β/(ng/L)		CRP/(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	55. 76 ± 8. 46	38. 46 ± 5. 35 **	216. 75 ± 35. 68	141. 46 ± 22. 63 **	14. 33 ± 3. 12	5. 58 ± 1. 12 **
观察组	105	54. 52 ± 7. 68	36. 02 ± 4. 98 **	214. 64 ± 33. 24	133. 35 ± 15. 96 **	14. 68 ± 3. 25	4. 33 ± 1. 01 **
<i>t</i> 值		1. 114	3. 428	0. 444	3. 006	0. 798	8. 511
<i>P</i> 值		0. 266	0. 001	0. 657	0. 003	0. 426	0. 000

组别	例数	SAA/(mg/L)		D - D/(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	14. 57 ± 4. 01	4. 79 ± 1. 12 **	0. 72 ± 0. 14	0. 35 ± 0. 09 **
观察组	105	15. 02 ± 4. 12	3. 72 ± 1. 02 **	0. 71 ± 0. 17	0. 42 ± 0. 10 **
<i>t</i> 值		0. 804	7. 253	0. 467	5. 346
<i>P</i> 值		0. 422	0. 000	0. 641	0. 000

注:与本组治疗前比较,***P* < 0. 01。

2. 4 两组血清趋化因子水平比较 均降低(*P* < 0. 01),且观察组低于对照组,差异有统计
治疗后两组血清 MCP - 1、RANTES、Eotaxin 水平 学意义(*P* < 0. 01)。见表 5。

表 5 两组慢性荨麻疹患者血清趋化因子水平($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MCP - 1/(pg/mL)		RANTES/(μg/L)		Eotaxin/(μg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	455. 24 ± 61. 12	334. 24 ± 39. 64 **	64. 01 ± 6. 55	48. 98 ± 6. 55 **	91. 46 ± 9. 13	74. 75 ± 6. 68 **
观察组	105	450. 13 ± 55. 78	280. 13 ± 35. 42 **	63. 24 ± 6. 75	39. 13 ± 5. 64 **	92. 75 ± 8. 65	56. 53 ± 5. 74 **
<i>t</i> 值		0. 634	10. 452	0. 841	11. 701	1. 053	21. 241
<i>P</i> 值		0. 527	0. 000	0. 401	0. 000	0. 293	0. 000

注:与本组治疗前比较,***P* < 0. 01。

2. 5 两组免疫功能比较 C5a、IgE 水平均低于对照组,差异均有统计学意义
治疗后观察组血清 C3、C4 水平均高于对照组,差 (*P* < 0. 01)。见表 6。
异均有统计学意义(*P* < 0. 01)。治疗后观察组血清

表 6 两组慢性荨麻疹患者免疫功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	C3/(g/L)		C4/(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	0. 79 ± 0. 16	0. 88 ± 0. 20 **	0. 18 ± 0. 04	0. 29 ± 0. 06 **
观察组	105	0. 78 ± 0. 12	0. 99 ± 0. 22 **	0. 17 ± 0. 05	0. 44 ± 0. 07 **
<i>t</i> 值		0. 513	3. 801	1. 605	16. 717
<i>P</i> 值		0. 608	0. 000	0. 110	0. 000

组别	例数	C5a/(ng/mL)		IgE/(U/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	106	57. 78 ± 6. 86	48. 36 ± 5. 12 **	270. 12 ± 32. 57	185. 86 ± 27. 42 **
观察组	105	58. 21 ± 6. 24	38. 45 ± 4. 57 **	269. 13 ± 29. 68	112. 13 ± 11. 63 **
<i>t</i> 值		0. 476	14. 828	0. 231	25. 384
<i>P</i> 值		0. 634	0. 000	0. 818	0. 000

注:与本组治疗前比较,***P* < 0. 01。

2. 6 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率高于对照组(*P* < 0. 01)。见
表 7。

2. 7 两组不良反应比较 观察组不良反应总发生率低于对照组(*P* <
0. 05)。见表 8。

表 7 两组慢性荨麻疹患者临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效/例(%)
对照组	106	26	24	29	27	79(88. 57)
观察组	105	41	32	20	12	93(91. 51)
χ^2 值						6. 904
<i>P</i> 值						0. 009

表 8 两组慢性荨麻疹患者不良反应比较(例)

组别	例数	红斑	脱屑	恶心呕吐	不良反应总 发生/例(%)
对照组	106	6	4	2	12(11.32)
观察组	105	2	2	0	4(3.81)
χ^2 值					4.247
P 值					0.039

3 讨论

慢性荨麻疹以风团、红斑及瘙痒反复发作超 6 周为特征,发病机制复杂,涉及免疫异常、炎症因子释放及细胞活化等多环节^[1,9-10]。虽抗组胺药为一线治疗,但部分患者疗效欠佳,且常伴有嗜睡、耐药性等副作用^[11]。中医认为,血虚风燥型 CU 多因禀赋不足或久病耗伤致气血亏虚。血虚则肌肤失养,卫阳不固,风邪乘虚而入;阴血亏损化燥生风,郁于肌肤与卫气相搏,发为瘙痒、风团,且多于午后夜间加重。其核心病机可总结为气血两虚、正虚为本;阴虚生燥、虚风内动;营卫失调、邪恋难祛。治则当以固本为主,兼以息风,通过益气固表、养血滋阴、调和营卫以平息内风。近年来,中药联合疗法备受关注。扶正祛风汤作为一种基于中医理论的中药复方^[12-13],通过调节免疫、抑制炎症,契合该病“正虚风动”本质。全方共奏补气血、调营卫、柔肝息风之功,不仅能增强免疫耐受、抑制炎症反应,还能有效缓解瘙痒及过敏症状。本研究旨在评估扶正祛风汤联合常规疗法对 CU 的疗效,重点探讨其对临床症状、炎症因子及免疫功能的影响,以期优化 CU 综合治疗方案提供依据。

本研究结果表明,扶正祛风汤联合盐酸左西替利嗪片能够显著降低慢性荨麻疹患者的 UAS7 和 DLQI 评分,有效改善患者症状和生活质量。观察组的中医证候积分、主证积分和次证积分较对照组显著降低,凸显了扶正祛风汤在整体调节和症状缓解中的优势。其机制可能与药物通过调节免疫反应、抑制过度的炎症因子、降低皮肤微血管通透性以及清除体内风邪有关。UAS7 降低说明扶正祛风汤通过减轻风湿邪气的入侵,改善皮肤症状。DLQI 改善则表明扶正祛风汤对患者的生活质量有积极影响,降低了病症带来的心理和生活负担。本研究结果表明,炎症因子水平显著降低(IL-17、IL-23、IL-31、IFN- γ 、TGF- β 下降)与 Th17/Treg 失衡调节密切相关。IL-17 和 IL-23 是 Th17 细胞分泌的关键因子,Th17 信号通路的过度活化通常与慢性荨麻疹的持续炎症反应相关。扶正祛风汤可能通过抑制 Th17 细胞的活性,减少这些促炎因子

的释放,从而抑制局部炎症反应,并调节免疫反应趋向平衡状态^[14-15]。此外,TGF- β 水平降低表明其可能通过负调控 Th17/Treg 轴的功能,进一步控制慢性炎症^[16]。本研究显示,治疗后血清 MCP-1、RANTES、Eotaxin 等趋化因子水平显著降低,说明扶正祛风汤在减少过敏反应介质的释放和抑制嗜酸性粒细胞等免疫细胞的趋化方面起到了积极作用,从而减少了慢性荨麻疹中的皮肤瘙痒和风团等症状的发生^[17-18]。扶正祛风汤可能通过阻断 MCP-1 和 RANTES 结合其受体 CCR2、CCR5,减少炎症细胞的浸润和趋化反应,从而减轻风团和瘙痒症状,这些趋化因子通过吸引免疫细胞(如嗜酸性粒细胞、单核细胞和淋巴细胞)至炎症部位,推动慢性炎症进展^[19-20]。麻安喆等^[21]研究表明,中药复方治疗能够有效降低慢性荨麻疹患者的炎症因子水平,与本研究结果相符。补体 C3 和 C4 水平上升与经典的补体激活通路相关。补体系统的激活不仅在先天免疫中起重要作用,也通过增强适应性免疫反应来抵抗病原体^[22]。扶正祛风汤可能通过增强补体 C3、C4 的表达,进一步提高机体对病理性免疫反应的调节能力,恢复免疫平衡。与此同时,IgE 水平下降则与 Fc ϵ RI 通路的抑制有关^[23]。扶正祛风汤通过降低血清 IgE 水平,减少了这些炎性介质的释放,减轻了慢性荨麻疹的过敏症状^[24]。此外,扶正祛风汤降低了 CRP 和 SAA 的水平,表明其能够抑制 NF- κ B 信号通路的激活。CRP 和 SAA 是急性时相反应蛋白,通常由 NF- κ B 通路介导的炎症反应上调。通过抑制 NF- κ B 信号,扶正祛风汤可能有效减少慢性炎症反应的持续性和系统性炎症标志物的表达。综上所述,扶正祛风汤之配方,妙在固本与祛风并重,清热与滋阴同施,调和药性而不伤正,实为治疗慢性荨麻疹之良方。其用药之精当,配伍之巧妙,体现了中医治病求本、整体调节之精髓,使患者之正气得复,风邪得除,病愈而体健。

综上所述,扶正祛风汤通过调节免疫、抑制炎症和趋化因子改善慢性荨麻疹患者的症状,提高生活质量,并表现出较高的安全性,具有较大临床应用潜力。未来研究可进一步探讨其在免疫调节和炎症抑制方面的机制,特别是与现代药物的协同作用,以及在其他过敏性疾病中的应用潜力。本研究的不足在于样本量较小、单中心设计,限制了结果的广泛性,未来需通过大规模、多中心的随机对照试验加以验证。

参考文献:

[1] 蒋美云,王佳怡,彭聪,等. 肠道菌群与代谢在慢性荨麻疹发病机

- 制中的研究进展[J]. 中南大学学报(医学版), 2025, 50(7): 1271–1281.
- [2] 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.
- [3] 高雨松, 彭承悦, 赵作涛, 等. 奥马珠单抗对慢性荨麻疹合并过敏性休克患者的应用研究[J]. 中华预防医学杂志, 2024, 58(3): 325–330.
- [4] 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.
- [5] HAWRO T, OHANYAN T, SCHOEPEKE N, et al. The urticaria activity score – validity, reliability, and responsiveness[J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2018, 6(4): 1185–1190. e1.
- [6] 韩玉华, 孙雅文, 王顺英. 针对性美容护理对痤疮患者情绪和 DLQI 评分的影响[J]. 中国美容医学, 2019, 28(8): 137–140.
- [7] 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.
- [8] 朱文元. 荨麻疹[M]. 南京: 东南大学出版社, 2001: 240–241, 280–282.
- [9] 张丽, 杨波, 曹巧芝, 等. 止痒消疹颗粒联合第 2 代抗组胺药治疗慢性荨麻疹的临床疗效[J]. 中南大学学报(医学版), 2024, 49(2): 175–181.
- [10] 岳淑珍, 树叶, 罗鸯鸯, 等. 奥马珠单抗治疗儿童慢性荨麻疹的疗效和安全性回顾研究[J]. 中华皮肤科杂志, 2024, 57(4): 354–358.
- [11] 杨姝瑞, 王文炎, 周钰点, 等. 基于“形寒寒饮则伤肺”探析慢性荨麻疹的防治思路[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(6): 1067–1069.
- [12] 张洪雨, 李一平, 罗婉婷, 等. 许铤基于“从卫取气, 从荣置气”论治慢性荨麻疹之经验[J]. 江苏中医药, 2024, 56(9): 19–22.
- [13] FANG F, JIN X W, MENG J M, et al. Jiedu Fuzheng decoction improves the proliferation, migration, invasion and EMT of non – small cell lung cancer via the Wnt/ β – catenin pathway[J]. Cell Div, 2023, 18(1): 22.
- [14] ZOU Q, YANG M, YU M L, et al. Influences of regulation of miR – 126 on inflammation, Th17/treg subpopulation differentiation, and lymphocyte apoptosis through caspase signaling pathway in sepsis[J]. Inflammation, 2020, 43(6): 2287–2300.
- [15] YANG X J, CHEN L G, WANG S N, et al. The correlation between Th17/Treg immune dysregulation and the disease severity in chronic spontaneous urticaria patients[J]. Immun Inflamm Dis, 2023, 11(7): e920.
- [16] 张勇龙, 逮子衡, 林晓云, 等. 基于 Th17/Treg 平衡轴探讨中医药治疗慢性荨麻疹的作用及机制研究[J]. 世界科学技术 – 中医药现代化, 2023, 25(6): 2159–2167.
- [17] LU Z X, ZHOU Q J, CHAI S Q, et al. Efficacy and safety of Chinese medicine combined with acupuncture in the treatment of chronic urticaria: a meta – analysis[J]. Medicine, 2022, 101(36): e30381.
- [18] 余倩颖, 肖敏, 郭静, 等. 健脾益气渗湿方联合枸地氯雷他定片对脾虚湿蕴型慢性荨麻疹患者的临床疗效[J]. 中成药, 2023, 45(8): 2561–2565.
- [19] MAURER M, ALBUQUERQUE M, BOURSQUOT J N, et al. A patient charter for chronic urticaria[J]. Adv Ther, 2024, 41(1): 14–33.
- [20] GÓRA A, PRZYBYŁ M, SWIETOCHOWSKA E, et al. Assessment of selected interleukins (IL – 6, IL – 17A, IL – 18, IL – 23) and chemokines (RANTES, IP – 10) in children with acute and chronic urticaria[J]. Ital J Pediatr, 2022, 48(1): 201.
- [21] 麻安喆, 莫薇, 陈婧婧. 扶正祛风汤治疗气虚型慢性荨麻疹的效果及对 C 反应蛋白、血清淀粉样蛋白 A、D – 二聚体水平的影响[J]. 中国医药导报, 2023, 20(26): 161–164.
- [22] YANASE Y, MATSUBARA D, TAKAHAGI S, et al. Basophil characteristics as a marker of the pathogenesis of chronic spontaneous urticaria in relation to the coagulation and complement systems[J]. Int J Mol Sci, 2023, 24(12): 10320.
- [23] ALIZADEH AGHDAM M, VAN DEN ELZEN M, VAN OS – MEDENDORP H, et al. Systemic and local evidence for complement involvement in chronic spontaneous urticaria[J]. Clin Transl Allergy, 2021, 11(5): e12011.
- [24] JANG J H, YANG E M, LEE Y, et al. Increased serum free IgE levels in patients with chronic spontaneous urticaria (CSU) [J]. World Allergy Organ J, 2022, 15(2): 100629.

Efficacy of Fuzheng Qufeng Decoction in Patients with Chronic Urticaria: Observation and Impact on Activity Scores, Serum CRP, and Immunoglobulin Levels

BAI Yurong, GAO Yue

Pharmacy Department, SUN Simiao Hospital of BUCM, Tongchuan 727000, China

Abstract Objective: To explore the efficacy of Fuzheng Qufeng Decoction in patients with chronic urticaria, its effects on the Weekly Urticaria Activity Score (UAS7), Dermatology Life Quality Index (DLQI), and serum C – reactive protein (CRP) and immunoglobulin levels. Additionally, it evaluated the decoction’s regulatory effects on serum inflammatory factors, chemokines, and immune function. Methods: This prospective study enrolled 211 patients with chronic urticaria treated at our hospital from March 2020 to March 2024. Patients were randomly assigned into a control group ($n = 106$), receiving levocetirizine hydrochloride tablets, and an observation group ($n = 105$), receiving Fuzheng Qufeng Decoction in combination with levocetirizine hydrochloride. Both groups were treated for 4 weeks. UAS7 and

DLQI scores were evaluated before and after treatment in both groups. Traditional Chinese Medicine (TCM) symptom scores, serum levels of inflammatory cytokines, chemokines, and immune function – related indicators were measured and compared between the two groups. The efficacy and incidence of adverse reactions were statistically analyzed. Results: After treatment, both the UAS7 and DLQI scores decreased in the observation group and the control group, with median UAS7 and DLQI scores in the observation group being 7.00 and 2.00, respectively, both lower than the control group's 7.50 and 3.00 ($P < 0.05$). The primary and secondary symptom scores of Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes also decreased in both groups, with the observation group showing significantly lower scores than the control group ($P < 0.05$). Post – treatment, serum levels of IL – 17, IL – 23, IL – 31, IL – 33, IFN – γ , TGF – β , CRP, SAA, D – dimer, MCP – 1, RANTES, Eotaxin, C5a, and IgE were all lower in the observation group compared to the control group ($P < 0.05$), while serum C3 and C4 levels were higher in the observation group ($P < 0.05$). The total treatment efficacy rate in the observation group was higher than that in the control group. The total incidence of adverse reactions in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Fuzheng Qufeng Decoction significantly improved clinical symptoms, reduced UAS7 and DLQI scores, lowered serum levels of inflammatory cytokines and chemokines, enhanced immune function, and demonstrated high safety with fewer adverse reactions. It holds substantial clinical value for treating chronic urticaria.

Key words Fuzheng Qufeng Decoction; Chronic urticaria; Levocetirizine hydrochloride; Immunoglobulins; Inflammatory cytokines; Chemokines; Immune function