

DOI: 10.3969/j.issn.1004-4949.2026.13.025

•皮肤健康管理•

## 基于“内外同治”理论的中药面膜联合炙甘草汤 对热毒蕴肤型玫瑰痤疮患者皮损症状的影响

阮照利<sup>1</sup>, 孙涛<sup>2</sup>, 何英滔<sup>1</sup>(苏州一〇〇医院皮肤科<sup>1</sup>, 整形美容科<sup>2</sup>, 江苏 苏州 215000)

**[摘要]**目的 探究基于“内外同治”理论的中药面膜联合炙甘草汤对热毒蕴肤型玫瑰痤疮患者皮损症状的影响。方法 选取2025年1月-12月苏州一〇〇医院皮肤科收治的60例玫瑰痤疮患者作为研究对象,按照随机数字表法将其分为对照组和观察组,各30例。对照组予以口服炙甘草汤治疗,观察组予以口服炙甘草汤联合中药面膜外敷治疗,比较两组皮损症状、临床疗效及皮肤屏障功能。结果 观察组治疗4周后红斑、丘疹、脓疱、毛细血管扩张评分及皮损症状总分均低于对照组 ( $P<0.05$ );观察组总有效率 (93.33%) 高于对照组 (73.33%) ( $P<0.05$ );观察组治疗4周后TEWL低于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 基于“内外同治”理论的中药面膜与炙甘草汤联合应用,能够减轻热毒蕴肤型玫瑰痤疮患者的皮损症状,同时有效改善皮肤屏障功能,临床疗效良好。

**[关键词]** 内外同治; 中药面膜; 炙甘草汤; 玫瑰痤疮; 热毒蕴肤

**[中图分类号]** R275.9

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1004-4949 (2026) 13-0099-04

### Effect of TCM Facial Mask Combined with Zhigancao Decoction Based on "Internal and External Combined Therapy" Theory on Skin Lesions in Patients with Rosacea of Heat-Toxin Accumulated in the Skin Type

RUAN Zhaoli<sup>1</sup>, SUN Tao<sup>2</sup>, HE Yingtao<sup>1</sup>(Department of Dermatology<sup>1</sup>, Department of Plastic and Aesthetic Surgery<sup>2</sup>, Suzhou 100 Hospital, Suzhou 215000, Jiangsu, China)

**[Abstract]****Objective** To explore the effect of TCM facial mask combined with Zhigancao decoction based on the "internal and external combined therapy" theory on skin lesions in patients with rosacea of Heat-Toxin accumulated in the skin type. **Methods** A total of 60 patients with rosacea admitted to the Department of Dermatology of Suzhou 100 Hospital from January to December 2025 were selected as the research subjects. According to the random number table method, they were divided into the control group and the observation group, with 30 patients in each group. The control group was given oral Zhigancao decoction, and the observation group was given oral Zhigancao decoction combined with external application of TCM facial mask. The skin lesion symptoms, clinical efficacy and skin barrier function were compared between the two groups. **Results** After 4 weeks of treatment, the scores of erythema, papules, pustules, telangiectasia and total skin lesion score in the observation group were lower than those in the control group ( $P<0.05$ ). The total effective rate of the observation group (93.33%) was higher than that of the control group (73.33%) ( $P<0.05$ ). After 4 weeks of treatment, the TEWL of the observation group was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Based on the theory of "internal and external combined therapy", the combination of TCM facial mask and Zhigancao decoction can alleviate skin lesions in patients with rosacea of Heat-Toxin accumulated in the skin type, effectively improve skin barrier function, and obtain favorable clinical efficacy.

**[Key words]** Internal and external combined therapy; TCM facial mask; Zhigancao decoction; Rosacea; Heat-Toxin accumulated in the skin type

玫瑰痤疮 (rosacea) 是好发于面中部的慢性炎症性皮肤病, 以持续性红斑、毛细血管扩张及丘疹脓疱为核心表现, 常伴皮肤灼热、刺痛等敏感症状。该病病程迁延、易反复发作, 不仅影响容貌, 更对患者的社交心理造成负担<sup>[1, 2]</sup>。在治疗方面, 单用炙甘草汤口服时, 面部药物浓度偏低, 红斑、红血丝改善缓慢, 美容修复效果欠佳, 患者依从性较差; 而采用口服炙甘草汤联合中药面膜外敷的内外同治方案, 内调脏腑以清除热毒, 外治直达皮损以抗炎退红, 标本兼顾, 可弥补单纯口服之不足, 同步促进皮肤屏障修复与面部外观改善<sup>[3]</sup>。中医学将本病归为“酒渣鼻”范畴, 认为其病机以热毒蕴肤、气血瘀滞为核心, 多由肺胃热盛、外感邪毒及情志失调等因素诱发<sup>[4]</sup>。“内外同治”是中医皮肤病治疗的重要原则, 强调内调脏腑气血以治本、外祛肌肤邪毒以治标, 标本兼顾<sup>[5]</sup>。基于此, 本研究旨在探究基于“内外同治”理论的中药面膜联合炙甘草汤对热毒蕴肤型玫瑰痤疮患者皮损症状的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2025年1月-12月苏州一〇〇医院皮肤科收治的60例玫瑰痤疮患者作为研究对象, 按照随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各30例。对照组男15例, 女15例; 年龄20~50岁, 平均年龄 $(34.62 \pm 7.15)$ 岁; 病程0.25~8年, 平均病程 $(3.21 \pm 1.54)$ 年。观察组男14例, 女16例; 年龄21~49岁, 平均年龄 $(35.18 \pm 6.89)$ 岁; 病程0.17~9年, 平均病程 $(3.47 \pm 1.62)$ 年。两组性别、年龄及病程比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: ①符合西医玫瑰痤疮诊断<sup>[6]</sup>及中医热毒蕴肤证辨证; ②年龄20~50岁; ③近1个月无系统激素/抗生素/维A酸用药史; ④近2周无外用药史; ⑤依从性好, 能配合。排除标准: ①其他面部皮肤病 (痤疮/脂溢性皮炎/接触性皮炎等); ②妊娠/哺乳期女性; ③严重心肝肾/造血系统疾病; ④对研究中药过敏; ⑤精神/认知障碍。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 予以口服炙甘草汤治疗: 基础方药: 炙甘草12 g, 生地黄20 g, 麦冬15 g, 阿胶烊化10 g, 桂枝6 g, 赤芍12 g, 丹皮12 g, 金银花15 g, 连翘

12 g, 蒲公英20 g, 黄芩10 g, 生姜3片, 大枣5枚, 随证加减。脓疱者加皂角刺12 g、白芷10 g; 红斑显著加紫草10 g、茜草10 g; 口渴明显者加天花粉15 g、芦根15 g; 大便秘结者加大黄6 g (后下)。1剂/d, 水煎取汁400 ml, 分早晚2次温服, 连续治疗4周。

1.3.2 观察组 予以口服炙甘草汤联合中药面膜外敷治疗: 口服炙甘草汤治疗同对照组治疗一致。面膜药物组成: 黄芩30 g、黄连20 g、黄柏20 g、大黄15 g、马齿苋30 g、蒲公英30 g、丹参20 g、白芷15 g、白及15 g。上述药物经低温干燥后粉碎为200目细粉, 密封备用。使用方法: 清洁面部后, 取药粉15 g, 以温热蒸馏水调成糊状, 均匀涂抹于面部皮损处, 厚度约2 mm, 避开眼周及口唇, 每次敷20 min后用温水洗净, 每周3次, 隔日1次, 连续治疗4周。

两组治疗期间均嘱清淡饮食, 忌食辛辣刺激、油腻甜腻食物, 避免暴晒、高温环境刺激, 规律作息, 保持情绪稳定, 停用其他面部治疗药物及功效性护肤品。

### 1.4 观察指标

1.4.1 评估两组皮损症状 于治疗前及治疗4周后, 分别对红斑、丘疹、脓疱、毛细血管扩张4项皮损按0~3分4级计分法进行评定 (0分=无, 1分=轻度/范围小, 2分=中度/较明显范围广, 3分=重度/显著范围广), 总分范围为0~12分, 得分越高提示皮损越重<sup>[7]</sup>。

1.4.2 评估两组临床疗效 于治疗4周后, 按中医标准将临床疗效分为4级。痊愈 (皮损消退 $\geq 90\%$ 、症状消失)、显效 (消退60%~89%、症状明显减轻)、有效 (消退30%~59%、症状改善)、无效 (消退 $< 30\%$ 或加重)。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数  $\times 100\%$ 。

1.4.3 评估两组皮肤屏障功能 于治疗前及治疗4周后, 采用多功能皮肤测试仪测定两组经皮水分流失量 (TEWL)。测试前, 患者于温度 $(22 \pm 2)^\circ\text{C}$ 、湿度 $(50 \pm 5)\%$ 的室内静坐30 min, 清洁面部后再静息15 min, 取双侧脸颊皮损最明显区域作为测试点, 每点连续测量3次, 取平均值。TEWL值越低, 提示皮肤屏障功能越佳, 水分保持能力越强。

1.5 统计学方法 采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析, 计数资料采用 $[n (\%)]$ 表示, 行 $\chi^2$ 检验; 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 $t$ 检验。

以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组皮损症状比较 观察组治疗4周后红斑、丘疹、脓疱、毛细血管扩张评分及皮损症状总分

均低于对照组 ( $P<0.05$ )，见表1。

2.2 两组临床疗效比较 观察组总有效率高于对照组 ( $P<0.05$ )，见表2。

2.3 两组皮肤屏障功能比较 观察组治疗4周后TEWL低于对照组 ( $P<0.05$ )，见表3。

表1 两组皮损症状比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别  | n  | 红斑          |             | 丘疹          |             | 脓疱          |             |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗4周后       | 治疗前         | 治疗4周后       | 治疗前         | 治疗4周后       |
| 观察组 | 30 | 2.41 ± 0.53 | 0.98 ± 0.37 | 2.23 ± 0.58 | 0.85 ± 0.41 | 1.94 ± 0.62 | 0.67 ± 0.35 |
| 对照组 | 30 | 2.37 ± 0.56 | 1.52 ± 0.48 | 2.18 ± 0.61 | 1.36 ± 0.52 | 1.89 ± 0.65 | 1.12 ± 0.47 |
| t   |    | 0.284       | 4.880       | 0.325       | 4.218       | 0.305       | 4.206       |
| P   |    | 0.777       | 0.001       | 0.746       | 0.001       | 0.762       | 0.001       |

  

| 组别  | 毛细血管扩张      |             | 皮损症状总分      |             |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|
|     | 治疗前         | 治疗4周后       | 治疗前         | 治疗4周后       |
| 观察组 | 2.09 ± 0.55 | 1.03 ± 0.42 | 8.67 ± 1.76 | 3.53 ± 1.09 |
| 对照组 | 2.05 ± 0.58 | 1.48 ± 0.51 | 8.49 ± 1.82 | 5.48 ± 1.36 |
| t   | 0.274       | 3.731       | 0.389       | 6.128       |
| P   | 0.785       | 0.001       | 0.698       | 0.001       |

表2 两组临床疗效比较 [n (%)]

| 组别  | n  | 痊愈         | 显效         | 有效        | 无效        | 总有效率         |
|-----|----|------------|------------|-----------|-----------|--------------|
| 观察组 | 30 | 10 (33.33) | 12 (40.00) | 6 (20.00) | 2 (6.67)  | 28 (93.33) * |
| 对照组 | 30 | 5 (16.67)  | 10 (33.33) | 7 (23.33) | 8 (26.67) | 22 (73.33)   |

注：\* 与对照组比较， $\chi^2=4.320$ ， $P=0.038$ 。

表3 两组皮肤屏障功能比较 [ $\bar{x}\pm s$ , g/( $m^2\cdot h$ )]

| 组别  | n  | 治疗前          | 治疗4周后        |
|-----|----|--------------|--------------|
| 观察组 | 30 | 28.45 ± 4.32 | 16.23 ± 3.18 |
| 对照组 | 30 | 28.12 ± 4.56 | 21.67 ± 3.85 |
| t   |    | 0.288        | 5.967        |
| P   |    | 0.775        | 0.001        |

## 3 讨论

玫瑰痤疮的发病与遗传易感性、神经血管调节、皮肤屏障功能及免疫炎症等因素密切相关，其核心机制在于面中部血管高反应性导致持续性红斑与毛细血管扩张，进而继发炎症浸润，形成丘疹脓疱<sup>[8]</sup>。由于病变多位于面部暴露部位，容貌损害易引发自卑、焦虑等负面情绪，因而治疗

除控制炎症外，亦需兼顾面部美学修复。中医学认为<sup>[9]</sup>，本病病位在肌肤，与肺、胃、肝密切相关。外感邪热、嗜食辛辣、情志化火等因素均可致肺胃热盛，热毒循经上熏颜面，灼伤脉络，致气血瘀滞而发病<sup>[10]</sup>。其中热毒蕴肤型为临床最常见证型，治疗当以清热解毒、凉血活血为原则<sup>[11]</sup>。“内外同治”是中医皮肤病治疗的核心思路。内治重在调理脏腑气血以除病本，外治直接作用于病灶以消皮损，二者标本兼顾。炙甘草汤以经典方为基础化裁，方中炙甘草益气调血为君，生地、麦冬、阿胶滋阴养肤为臣，桂枝温通经脉以防壅滞，佐以赤芍、丹皮凉血散瘀消斑，金银花、连翘、蒲公英、黄芩清热解毒，全方共奏益气滋阴、清热活血之效，可改善皮肤微循环、修复皮肤屏障功能<sup>[12]</sup>。中药面膜作为局部外

治法,取黄芩、黄连、黄柏清热燥湿、泻火解毒,大黄、马齿苋、蒲公英凉血消肿,丹参活血消痈,白芷、白及消肿生肌<sup>[13]</sup>。药物打粉外敷,经皮肤直接渗透吸收,可快速发挥抗炎退红、散结消肿之效;同时药膜封包效应可促进局部血液循环,加速炎症代谢产物排出,改善皮肤色泽与质地,从而提升面部美学修复效果<sup>[14]</sup>。

本研究结果显示,观察组治疗4周后红斑、丘疹、脓疱、毛细血管扩张评分及皮损症状总分均低于对照组( $P<0.05$ )。其原因在于:内服药物从整体上调理脏腑功能,清除体内热毒,改善全身气血状况;外用面膜直接作用于面部皮损,快速控制局部炎症,促进红斑消退及皮损修复,两者合用,作用更迅速、效果更明显。从美学评价来看,红斑与毛细血管扩张是影响面部美观的主要因素,联合治疗对这两项指标的改善尤为突出,可有效减轻面部泛红状态,使肤色趋于均匀,增强面部整体视觉美感<sup>[15]</sup>。观察组总有效率(93.33%)高于对照组(73.33%)( $P<0.05$ )。单纯内服药物需经胃肠道吸收,经全身循环至皮损部位,局部药物浓度有限;而外用面膜可直接提高病灶处药物浓度,快速发挥局部治疗作用,内外配合,形成治疗合力,既消除致病根源,又解决局部皮损,从而获得更好的临床疗效。观察组治疗4周后TEWL低于对照组( $P<0.05$ )。其原因可能有以下几点:其一,炙甘草汤中炙甘草、生地、麦冬、阿胶等滋阴养肤药物,可改善全身津液分布,促进角质层脂质合成及屏障蛋白表达;其二,中药面膜外敷局部渗透,黄芩、黄连等清热解毒药物可减少炎症对屏障的破坏,白及等生肌药物可促进角质形成细胞增殖与分化,加快屏障结构的重建。内外联合治疗从整体与局部两方面协同修复皮肤屏障,使TEWL下降,皮肤保水力增强,面部干燥、灼热等敏感症状亦随之缓解,进一步改善面部美学效果。

综上所述,基于“内外同治”理论的中药面膜与炙甘草汤联合应用,能够减轻热毒蕴肤型玫瑰痤疮患者的皮损症状,同时有效改善屏障功能,临床疗效良好。

#### [参考文献]

[1]潘婉婉,吴元胜,张斌,等.中药面膜联合变通炙甘草汤治疗热毒蕴肤型玫瑰痤疮的效果观察[J].广州中医药大学学

报,2025,42(12):3014-3021.

[2]郭靖.舒缓敏肤煎联合坎离消痞饮治疗丘疹脓疱型玫瑰痤疮热毒蕴肤证临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(10):1919-1921.

[3]邓瑾,张伟丽,杨创杰,等.加味荆芩汤辅助治疗玫瑰痤疮的效果及对炎症反应、ERK/NF- $\kappa$ B通路的影响[J].河南医学研究,2026,35(9):1650-1654.

[4]赵艳丽,田黎明.基于“肠-皮轴”探讨肠道菌群失调与玫瑰痤疮关系的研究进展[J].生理科学进展,2026,57(2):194-201.

[5]刘文驰,曹婷苇,彭媛媛,等.基于微生物代谢组学和机器学习揭示玫瑰油抗痤疮丙酸杆菌的作用机制[J].分析化学,2025,53(12):2060-2073.

[6]郭蓓,袁超.敏感性皮肤与玫瑰痤疮的鉴别诊断[J].皮肤科学通报,2020,37(6):589-592,595.

[7]龙雨,刘小连,刘雪莲,等.清瘟败毒饮加减治疗肺胃热盛型玫瑰痤疮临床观察[J].山西中医,2026,42(5):30-32.

[8]李景春,许瑶,刘影.刺络放血联合中药面膜外敷治疗颜面部红斑型玫瑰痤疮临床疗效观察[J].中国美容医学,2026,35(3):96-100.

[9]曲靖,冯浩,何大伟,等.退红舒缓中药面膜联合丹栀逍遥散治疗玫瑰痤疮患者的疗效及其对皮肤屏障功能、BDNF、TrKB表达的影响[J].世界中西医结合杂志,2024,19(10):2061-2066.

[10]吴思琪,马梦茜,李亚琴,等.基于数据挖掘论玫瑰痤疮外用中药的用药规律研究[J].中药药理与临床,2025,41(2):90-95.

[11]田淑娥,彭鑫.以清颜汤湿敷联合中西药口服为治疗模式探讨多种疗法联合治疗玫瑰痤疮的有效性和必要性[J].中医临床研究,2023,15(21):83-88.

[12]彭佳雨,景瑛,王毅龙,等.基于厥阴理论应用龙胆泻肝汤加味治疗肝胆湿热证玫瑰痤疮患者的临床效果[J].临床误诊误治,2026,39(11):90-96.

[13]刘萍,姚倩,瓦庆彪,等.玫瑰痤疮协定方靶向雾化治疗对面部玫瑰痤疮患者生活质量影响研究[J].四川中医,2022,40(11):179-183.

[14]冯静,周慧.中西医结合联合强脉冲光治疗玫瑰痤疮的临床疗效[J].中国激光医学杂志,2022,31(5):281-287.

[15]罗宏杰,宋德宇,蒋献,等.国内外玫瑰痤疮药物治疗指南差异及优化策略:基于表型与证据的分层推荐[J].中国皮肤性病学杂志,2026,40(1):7-16.

收稿日期: 2026-6-6 编辑: 张蕊