

中医全科视角下外感疾病辨证分型与个体化治疗方案优化

田 蕾

洛川县人民医院 陕西 延安 727400

【摘要】目的：探讨基于临床罹患外感发热疾病患者，在中医全科视角下开展辨证分型与个体化治疗方案，分析其价值。方法：于2023年7月-2024年7月在我院就诊的100例临床罹患外感发热疾病患者实施抽取，盲选法分为：对照组（接受中医外感病常规辨证治疗方案，n=50）、观察组（中医全科视角下开展辨证分型与个体化治疗方案，n=50），分析对比2组体温状况、症状转归用时、疗效、治疗安全性。结果：观察组治疗后体温低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组发热、上呼吸道感染症状转归用时更短（ $P<0.05$ ）。观察组疗效更优（ $P<0.05$ ）。结论：基于临床罹患外感发热疾病患者，在中医全科视角下开展辨证分型与个体化治疗方案，可改善患者体温状况，缩短症状转归用时，提高疗效。

【关键词】外感发热；中医全科视角；辨证分型；个体化治疗

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.012

前言

外感发热是临床最常见的疾病之一，属于中医感冒、时行感冒等范畴，其发病迅速，证候表现多样^[1-2]。中医治疗外感病强调辨证论治，传统诊疗模式常侧重于对核心证型（如风寒、风热）的辨识与用药^[3]。然而，在中医全科实践中，发现患者往往存在体质差异、兼夹病证及复杂的社会心理因素，单一的证型划分与标准化方药难以满足个体化诊疗的需求。中医全科医学秉承以人为本、整体观念的核心思想，其视角要求我们在诊疗中不仅关注病，更需综合考量患者的体质、心境与环境，从而实现真正的个体化医疗^[4]。因此，本文于2023年7月—2024年7月在我院就诊的100例临床罹患外感发热疾病患者实施抽取，通过构建融合证型、体质与兼证的辨证分型体系，并制定相应的个体化综合治疗方案，以期为提升外感发热的临床疗效探索出一条优化路径。详细报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2023年7月-2024年7月在我院就诊的100例临床罹患外感发热疾病患者实施抽取，盲选法分为：对照组（接受中医外感病常规辨证治疗方案，n=50）、观察组（中医全科视角下开展辨证分型与个体化治疗方案，n=50）。2组别之间的基本资料实施比较（ $P>0.05$ ）。参阅表1。

表1 基本信息[n(%)]/ ($\bar{x}\pm s$)

组别	观察组	对照组	χ^2/t	P
例数	50	50	-	-
性别(男/女)	30/20	28/22	0.164	0.685
年龄(岁)	45.78 \pm 12.79	45.98 \pm 12.56	0.079	0.937
发热病程(h)	17.78 \pm 3.37	18.02 \pm 3.98	0.325	0.746

1.2 纳入和排除标准

纳入标准：符合外感发热诊断标准；病程在48小时以内；腋下体温 $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ；患者知情并签署同意书。

排除标准：已确诊为肺炎、支气管炎等其他系统感染性疾病者；合并严重心、肝、肾等原发性疾病或免疫功能缺陷者；对研究用药已知成分过敏者；无法配合完成研究或资料不全者。

1.3 方法

对照组（接受中医外感病常规辨证治疗方案，n=50）：根据传统的中医外感病辨证标准，对于诊断为风寒证的患者，给予荆防败毒散进行治疗，药物剂量按照常规标准，荆芥9g、防风9g、羌活9g、独活9g、柴胡6g、前胡9g、川芎9g、枳壳9g、茯苓9g、桔梗6g、甘草6g，每日一剂，水煎服，分两次服用，早晚各一次。对于风热证的患者，给予银翘散治疗，药物剂量为金银花15g、连翘15g、薄荷6g、荆芥穗4g、淡豆豉5g、牛蒡子9g、桔梗6g、甘草6g、竹叶4g、芦根9g，同样每日一剂，水煎服，分两次服用。在整个治疗过程中，基础方剂和剂量保持固定不变。

观察组（中医全科视角下开展辨证分型与个体化治疗方案，n=50）：

(1) 精准辨证：详细询问患者病史、症状、体征的基础上，结合舌象、脉象等信息进行综合判断。充分考虑患者的体质特点，如阳虚体质、阴虚体质、痰湿体质、气虚体质等，以及发病的诱因，如劳累、饮食不节、情志失调等，对证型进行细化。例如，对于气虚外感风寒的患者，在常规的辛温解表药物基础上，加入黄芪、党参等益气扶正之品，以增强患者的抵抗力，帮助抵御外邪。黄芪具有补气固表、升阳举陷的作用，党参能补中益气、健脾益肺，二者合用，可使正气得复，更好地发挥解表散寒的功效。

(2) 动态调整：密切关注患者的病情变化，根据体温的

波动情况以及症状的轻重程度，实时对药物进行加减。若患者高热不退，体温持续在 39℃ 以上，可在方剂中加入石膏。石膏性大寒，清热泻火、除烦止渴之力较强，能够有效降低体温，缓解高热带来的不适。如果患者咳嗽症状较为明显，咯痰不爽，可加入杏仁。杏仁具有止咳平喘、润肠通便的作用，能针对性地改善咳嗽症状，使肺气得以宣降。

(3) 多元干预：除了中药内服，还联合针灸、中药擦浴等外治法。针灸选取大椎、曲池等穴位，大椎穴为督脉之穴，总督一身之阳气，针刺大椎穴可激发阳气，起到解表退热的作用；曲池穴为手阳明大肠经的合穴，具有清热解表、调和气血的功效，针刺曲池穴能协助大椎穴增强退热效果。操作时，采用毫针刺，得气后行提插捻转泻法，留针 30 分钟，期间每隔 10 分钟行针一次。中药擦浴则根据患者的证型选择不同的药物。对于风寒证患者，选用荆芥、羌活、防风等药物，这些药物具有辛温解表、祛风散寒的作用，将其加水煎煮后，用药液擦拭患者的颈部两侧、腋窝、腹股沟、肘窝等大血管丰富的部位，通过皮肤吸收药物成分，促进血液循环，达到发散风寒、降低体温的目的。对于风热证患者，选用薄荷、柴胡、黄芩等药物，这些药物能清热解表、疏肝清热，同样煎水后进行擦浴，以增强散热，缓解发热症状。

1.4 观察指标

(1) 腋温变化方面：于治疗前和治疗 2h 后，使用水银温度计测量患者腋温，统计各组相应时间段腋温均值，以此来评估两种治疗方案对体温的控制效果。

(2) 临床症状转归时间：详细统计患者临床治疗期间发热、上呼吸道感染症状转归用时均值，以了解不同治疗方案对症状缓解速度的影响。

(3) 治疗疗效依据明确的标准进行判断：如治疗后 48 小时内患者体温恢复正常，且中医证候积分较治疗前降低 >70%，判定为显效；如治疗后 48~72 小时内患者体温复常，且中医证候积分较治疗前降低 40%~70%，则为有效；若患者治疗后 72 小时内体温未复常，且中医证候无明显改善或加重，则判定为无效。总有效率通过公式（显效+有效）/n×100%计算得出，用于综合评估治疗方案的有效性。

1.5 统计学方法

遵循 SPSS26.0 软件展开数据分析，计数资料（比如疗效数据）用（%）表示，以 χ^2 检验，计量资料（比如腋温变化方面、临床症状转归时间数据）由（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，施以 t 检验， $P<0.05$ ，显示了组别对比差异有统计学意义。

2 结果

2.1 体温

观察组治疗后体温低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 体温指标（ $\bar{x}\pm s$, °C）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	50	50	-	-
治疗前	39.43±0.73	39.38±0.69	0.352	0.726
治疗后	37.12±0.45	38.03±0.57	8.860	0.000

2.2 症状转归用时统计

观察组发热、上呼吸道感染症状转归用时更短（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 症状转归用时指标（ $\bar{x}\pm s$, d）

组别	观察组	对照组	t	P
例数	50	50	-	-
发热	1.21±0.34	1.99±0.41	10.355	0.000
上呼吸道感染	4.11±0.78	5.09±0.89	5.856	0.000

2.3 疗效数据

观察组疗效更优（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 疗效[n(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2	P
例数	50	50	-	-
显效	27(54.00)	24(48.00)	-	-
有效	20(40.00)	16(32.00)	-	-
无效	3(6.00)	10(20.00)	-	-
总有效率	47(94.00)	40(80.00)	4.332	0.037

3 讨论

外感发热是风、寒、暑、湿、燥、火六淫或时行疫病侵袭机体，致营卫失和、脏腑阴阳失调，以发热为核心症状的病证，属于感染性/传染性疾病，多因致热原或体温调节中枢障碍引发体温升高^[5-6]。治疗以抗感染、抗病毒及退热对症为主，虽退热快，但易反复，且长期/大量使用易导致电解质紊乱、肝肾功能损害、耐药性、胃肠损伤等副作用，抗生素滥用还可能引发菌群失调、真菌感染等棘手问题^[7]。

中医药优势以辨证论治、整体观念为指导，内治法结合外治法，疗效确切、不良反应少，弥补现代医学不足，凸显独特辨证体系及多样治法的优势^[8-9]。中医全科视角下辨证分型与个体化治疗方案，是基于中医整体观与全科医学辨病—辨证—辨体三位一体理念，以患者外感疾病病理本质为核心，结合舌象、脉象等体征及体质类型、发病诱因、季节地域等个体差异，精

准辨识风寒束表、风热犯表等证型，进而制定包含药物精准配伍（如随证加减方药）、非药物疗法协同（如针灸、中药外治）及动态监测调整的个性化诊疗策略，实现因时、因地、因人精准施治的中医诊疗模式^[10]。

本研究中，对观察组患者予以中医全科视角下辨证分型与个性化治疗方案，价值显著。结合数据分析，观察组治疗后体温低于对照组（ $P<0.05$ ），提示中医全科视角下辨证分型与个性化治疗方案可降低患者的体温。观察组突破常规固定证型诊疗，结合舌脉、体质（如气虚、阳虚）及诱因（劳累、饮食失调）细化证型，实现辨病—辨证—辨体结合。如气虚外感者加黄芪、党参，既解表散寒又益气扶正，增强机体抗邪能力；避免常规方案一刀切导致的对个体体质适配不足问题，从源头提升祛邪效率，降低体温。观察组发热、上呼吸道感染症状转归用时更短（ $P<0.05$ ），提示中医全科视角下辨证分型与个性化

治疗方案可缩短发热、上呼吸道感染症状转归用时。依据体温波动（高热加石膏）、症状轻重（咳嗽加杏仁）动态加减药物，实现方随证转、药随证调；石膏大寒直清里热，快速控制高热；杏仁宣肺止咳，针对性改善局部症状，较常规固定方剂更贴合病情动态发展，缩短症状转归时间^[11]。观察组疗效更优（ $P<0.05$ ），提示中医全科视角下辨证分型与个性化治疗方案效果更佳。内服中药联合针灸（大椎、曲池激发阳气、清热解表）、中药擦浴（风寒用荆芥、风热用薄荷，经皮吸收助散邪），构建内服+外治协同体系。外治法直接作用于病位，快速缓解症状，与内服方药形成合力，提升整体疗效，同时减少单一用药剂量依赖，降低不良反应风险^[12]。

综上，基于临床罹患外感发热疾病患者，在中医全科视角下开展辨证分型与个性化治疗方案，可改善患者体温状况，缩短症状转归用时，提高疗效。

参考文献：

- [1] 库喜龙,袁超,张林林,等.基于外寒内饮探讨咳嗽发热性外感疾病演变诊治规律[J].河南中医,2024,44(5):649-654.
- [2] 姬航宇,王新苗,安学东,等.三表汤首剂大量随证施量策略在外感发热治疗中的运用[J].吉林中医药,2024,44(2):182-184.
- [4] 赵轩,李智.李智教授卫气营血理论治疗外感发热类疾病经验[J].大医生,2023,8(22):62-65.
- [3] 孔智谦,莫梦莹,黎剑锋,等.疏风泄腑推拿联合布洛芬混悬滴剂(美林)治疗小儿外感发热的临床疗效观察[J].山西中医药大学学报,2025,26(1):41-4552.
- [5] 蔡莲珠,颜小润,张骄莹,等.中医刮痧技术在外感发热患者中的运用[J].西藏医药,2025,46(3):170-172.
- [6] 黄昊,张荣珍.外感发热中医治法研究进展[J].中国中医急症,2024,33(7):1313-1316.
- [7] 王胜男,孔智谦,黎剑锋.疏风泄腑推拿联合常规西医治疗对外感发热患儿中医证候和血清炎症指标的影响[J].四川中医,2024,42(12):201-203.
- [8] 程俊敏,李重,柯佳,等.小复方清泄郁热饮治疗肺系病所致外感热病的中医理论探讨[J].时珍国医国药,2024,35(8):1954-1955.
- [9] 林晓燕,于丽媛,庄杰钦,等.中医外治法辅助治疗小儿外感发热有效性和安全性的网状 Meta 分析[J].新中医,2025,57(18):174-183.
- [10] 孙敏,曾敏,杨丹华.基于稚阴稚阳之体采用平衡火罐治疗小儿风热型外感发热的效果[J].临床合理用药杂志,2024,17(15):158-160165.
- [11] 杨颖,余亚兰,宋虎杰,桂枝人参汤联合穴位贴敷对小兒外感发热合并腹泻的疗效及预后分析[J].系统医学,2025,10(8):171-174.
- [12] 王军,丁婷,吴军,等.中医药治疗成人外感发热的临床研究进展[J].中国乡村医药,2025,32(10):74-75.