

针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎临床研究

窦晓清, 尚红坤, 宋照营

安阳市中医院耳鼻喉科, 河南 安阳 455000

[摘要] 目的: 观察针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎的临床疗效。方法: 选择 98 例过敏性鼻炎患者, 按随机数字表法分为参照组与研究组各 49 例。参照组给予西医基础治疗, 研究组在参照组基础上给予针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗。比较 2 组治疗前后转化生长因子- β (TGF- β)、白细胞介素-4 (IL-4)、白细胞介素-5 (IL-5)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、可溶性血管细胞黏附分子-1 (sVCAM-1)、白细胞介素-33 (IL-33)、特异性免疫球蛋白 E (IgE)、集落刺激因子 (CSF)、嗜酸粒细胞 (EOS)、微小 R-487b (miR-487b)、水通道蛋白 1 (AQP1)、鼻阻力 (NR)、鼻黏膜纤毛输送率 (MTR)、鼻黏膜纤毛传输时间 (MTT)、鼻黏膜纤毛清除速率 (MCV)、峰值呼气流速 (PEF)、PEF 昼夜变异率、第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁) 水平及症状评分、鼻结膜炎生存质量量表 (RQLQ) 评分, 并比较 2 组临床疗效及不良反应。结果: 研究组治疗总有效率 95.92%, 高于参照组 83.67% ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 sVCAM-1、IL-5 水平降低 ($P < 0.05$), 且研究组低于参照组 ($P < 0.05$), 2 组 TGF- β 、IL-10 水平升高 ($P < 0.05$), 且研究组高于参照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 TNF- α 、IL-33、AQP1 水平降低 ($P < 0.05$), 且研究组低于参照组 ($P < 0.05$), 2 组 miR-487b 水平升高 ($P < 0.05$), 且研究组高于参照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 CSF、特异性 IgE、EOS 水平均降低 ($P < 0.05$), 且研究组低于参照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 MCV、MTR 水平升高 ($P < 0.05$), 且研究组高于参照组 ($P < 0.05$), 2 组 NR、MTT 水平降低 ($P < 0.05$), 且研究组低于参照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 PEF 昼夜变异率降低 ($P < 0.05$), 且研究组低于参照组 ($P < 0.05$), 2 组 FEV₁、PEF 水平升高 ($P < 0.05$), 且研究组高于参照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组症状、RQLQ 评分降低 ($P < 0.05$), 且研究组低于参照组 ($P < 0.05$)。研究组不良反应总发生率低于参照组 ($P < 0.05$)。结论: 针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎, 可改善患者免疫应答, 抑制机体炎症, 提升通气及鼻黏膜纤毛功能, 缓解患者致敏症状, 提升患者临床疗效及生活质量, 降低不良反应发生率。

[关键词] 过敏性鼻炎; 迎香穴; 针刺; 清热通窍汤; 免疫应答; 炎症因子; 鼻黏膜纤毛功能

[中图分类号] R246.81 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2024) 03-0132-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.03.026

Clinical Study on Acupuncture at *Yingxiang* Point Combined with Modified Qingre Tongqiao Decoction for Allergic Rhinitis

DOU Xiaqing, SHANG Hongkun, SONG Zhaoying

Department of Otolaryngology, Anyang Hospital of Chinese Medicine, Anyang Henan 455000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of acupuncture at *Yingxiang* point (LI 20) combined with modified Qingre Tongqiao Decoction for allergic rhinitis. **Methods:** A total of 98 cases of patients with allergic rhinitis were selected and divided into the reference group and the study group according to the random number table method, with 49 cases in each group. The reference group was treated with basic

[收稿日期] 2022-09-22

[修回日期] 2023-11-01

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划项目 (LHGJ20191518)

[作者简介] 窦晓清 (1985-), 女, 主治医师, E-mail: whatyou85@163.com。

western medicine treatment, and the study group was additionally treated with acupuncture at *Yingxiang* point (LI 20) combined with modified Qingre Tongqiao Decoction based on the treatment of the reference group. Before and after treatment, the following indexes were compared between the two groups: transforming growth factor- β (TGF- β), interleukin-4 (IL-4), interleukin-5 (IL-5), tumor necrosis factor- α (TNF- α), soluble vascular cell adhesion molecule-1 (sVCAM-1), interleukin-33 (IL-33), atopic Immunoglobulin E (IgE), colony stimulating factor (CSF), eosinophils (EOS), micro RNA-487b (miR-487b), aquaporin 1 (AQP1), nasal resistance (NR), nasal mucociliary transport rate (MTR), nasal mucociliary transport time (MTT), nasal ciliary clearance velocity (MCV), peak expiratory flow rate (PEF), day-night variability rate (%) of PEF, the levels of forced expiratory volume in one second (FEV_1), and the scores of Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ). Clinical effects and adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate was 95.92% in the study group, higher than that of 83.67% in the reference group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of sVCAM-1 and IL-5 in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the two levels in the study group were lower than those in the reference group ($P < 0.05$); the levels of TGF- β and IL-10 in the two groups were increased ($P < 0.05$), and the two levels in the study group were higher than those in the reference group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of TNF- α , IL-33, and AQP1 in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the three levels in the study group were lower than those in the reference group ($P < 0.05$); the level of miR-487b in the two groups were increased ($P < 0.05$), and the level in the study group was higher than that in the reference group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of CSF, atopic IgE, and EOS in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the three levels in the study group were lower than those in the reference group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of MCV and MTR in the two groups were increased ($P < 0.05$), and the two levels in the study group were higher than those in the reference group ($P < 0.05$); the levels of NR and MTT in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the two levels in the study group were lower than those in the reference group ($P < 0.05$). After treatment, day-night variability rates of PEF in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the rate in the study group was lower than that in the reference group ($P < 0.05$); the levels of FEV_1 and PEF in the two groups were increased ($P < 0.05$), and the two levels in the study group were higher than those in the reference group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of symptoms and RQLQ in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the above scores in the study group were lower than those in the reference group ($P < 0.05$). The total incidence of adverse reactions in the study group was lower than that in the reference group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture at *Yingxiang* point (LI 20) combined with modified Qingre Tongqiao Decoction for allergic rhinitis can improve the patient's immune response, suppress inflammation, enhance ventilation and nasal mucosal ciliary function, alleviate sensitization symptoms, improve clinical effects and quality of life, and reduce the incidence of adverse reactions.

Keywords: Allergic rhinitis; *Yingxiang* point (LI 20); Acupuncture; Qingre Tongqiao Decoction; Immune response; Inflammatory factors; Nasal mucosal ciliary function

过敏性鼻炎是由变应原、炎症细胞等介导的鼻部炎性疾病,也称变应性鼻炎,是耳鼻喉科常见疾

病,临床表现为鼻黏膜肿胀、打喷嚏、鼻痒、鼻分泌亢进^[1-2]。随着空气质量下降、食品安全问题加重

等因素,过敏性鼻炎发病率呈升高趋势。常规西医治疗该病疗效不甚理想。过敏性鼻炎归属于中医鼻鼽范畴。多由先天禀赋不足,肺卫不固,热邪侵袭,上犯鼻窍,致使鼻窍不利发病。清热通窍汤具有益气通络、清热燥湿、通窍利咽的功效。针刺迎香穴具有疏散风热、通利鼻窍的作用。本研究观察针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《变应性鼻炎诊断和治疗指南》^[1]中的诊断标准。临床症状:鼻塞、喷嚏、水样鼻涕、鼻痒等症状存在2项及以上,每天发病累计1 h以上,还可伴有流泪症状。体格检查:检查鼻腔可见鼻黏膜水肿和(或)苍白,鼻腔内有水样分泌物。变应原检测:特异性免疫球蛋白E(IgE)呈阳性或一种皮肤的变应原皮肤点刺试验(SPT)阳性。

1.2 辨证标准 符合《中医耳鼻咽喉科学》^[4]中肺经伏热型的辨证标准。症见:喷嚏、鼻痒,鼻塞,流清涕,或眼痒、发红,或咳嗽、咽痒,口干烦热;舌质红,舌苔薄黄或白,脉弦数或弦滑。

1.3 纳入标准 符合以上诊断及辨证标准;年龄20~60岁;1周内未给予患者相关治疗;患者及家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并血液病、风湿性心脏病、脏器功能不全、感染;精神障碍;合并鼻部恶性肿瘤、慢性鼻窦炎等鼻部其他疾病;3个月内使用抗鼻炎或鼻喷激素药物;合并哮喘、支气管炎、肺炎等呼吸系统疾病;哺乳期或妊娠期妇女;对针刺治疗不耐受;对本研究所用药物过敏。

1.5 一般资料 选择2020年12月—2021年12月于安阳市中医院治疗的98例过敏性鼻炎患者为研究对象,按随机数字表法分为研究组及参照组各49例。研究组女21例,男28例;年龄23~58岁,平均 (35.41 ± 2.76) 岁;平均病程 (5.45 ± 0.91) 年。参照组女22例,男27例;年龄21~59岁,平均 (35.33 ± 2.61) 岁;平均病程 (5.62 ± 1.01) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经安阳市中医院医学伦理委员会批准(0020JD156)。

2 治疗方法

2.1 参照组 给予患者西医基础治疗。丙酸氟替

卡松鼻喷雾剂(Glaxo Wellcome S.A., 国药准字HJ20140117,规格:50 μ g $\times$ 60喷),每天1次,每个鼻孔各1喷,以早晨用药为好,如不适可停药。服用氯雷他定片(北京星昊医药股份有限公司,国药准字H20050039,规格:10 mg $\times$ 6片),每天1次,每次10 mg。连续治疗1个月。

2.2 研究组 在参照组基础上给予针刺迎香穴联合清热通窍汤治疗。针刺迎香穴:选择迎香穴(双侧),给予穴位及一次性华佗牌无菌针灸针(苏州市华伦医疗用品有限公司,规格:0.3 mm $\times$ 40 mm)消毒,针尖向鼻通穴透刺,使局部胀感,有泪,胀感可扩散至鼻,留针20 min,每天治疗1次,每周治疗5次。清热通窍汤处方:木通8 g,石菖蒲、黄芩各10 g,当归、白术、鱼腥草、苍耳子、辛夷花、黄芪各12 g。涕多且浓稠者加败酱草10 g;鼻塞严重者加薄荷6 g,白芷10 g。上药由安阳市中医院中药制剂室煎制,每天1剂,每剂煎取200 mL,分2次服用,连续治疗1个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①炎症因子、免疫应答指标。治疗前后采集2组静脉血5 mL,采用酶联免疫吸附法(试剂盒购自上海继锦化学科技有限公司)检测转化生长因子- β (TGF- β)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-5(IL-5)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、可溶性血管细胞黏附分子-1(sVCAM-1)、白细胞介素-33(IL-33)、IgE、集落刺激因子(CSF)水平;采用全自动血液分析仪(东唐生化科技有限公司,DP180)检测嗜酸粒细胞(EOS)水平;采用实时荧光定量聚合酶链式反应(PCR)法检测微小R-487b(miR-487b)水平;采用免疫组化法检测水通道蛋白1(AQP1)水平。②鼻黏膜纤毛功能。治疗前后采用鼻阻力测定仪(德国ATMOS DiagnosticCube Rhino 31)检测2组鼻阻力(NR)水平;采用糖精实验检测鼻黏膜纤毛输送率(MTR)、鼻黏膜纤毛传输时间(MTT)、鼻黏膜纤毛清除速率(MCV)水平。③肺功能指标。采用肺功能检测仪(济南卓隆生物科技有限公司,MSA99)检测2组治疗前后峰值呼气流速(PEF)、PEF昼夜变异率、第1秒用力呼气容积(FEV₁)水平。④症状评分。治疗前后根据2组鼻塞、流涕、喷嚏的无、轻、中、重程度依次计0、2、4、6分,总分18分。

⑤生活质量。治疗前后采用鼻结膜炎生存质量量表(RQLQ)评分评价2组生活质量,此表包含情感、实际问题、鼻部症状、睡眠、活动等7个项目,总分168分,分数越高,生活质量越差。⑥临床疗效。⑦不良反应。治疗过程中观察2组患者头晕、口干、恶心呕吐等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS23.0统计学软件分析数据。计量资料符合正态分布以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2组间比较采用成组 t 检验,同组治疗前后比较采用配对样本 t 检。计数资料以百分比(%)表示,采用秩和检验。 $P < 0.05$ 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 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]拟定。临床控制:患者鼻塞、流涕、喷嚏等症状消失,3个月无复发;有效:患者鼻塞、流涕、喷嚏等症状好转,发作次数减少;无效:患者鼻塞、流涕、喷嚏等症状无改善。总有效率=(临床控制+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,研究组治疗总有效率95.92%,高于参照组83.67%($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后IL-10、TGF-β、sVCAM-1、IL-5水平比较 见表2。治疗前,2组IL-10、TGF-β、sVCAM-1、IL-5水平比较,差异无统计学

意义($P > 0.05$);治疗后,2组sVCAM-1、IL-5水平降低($P < 0.05$),且研究组低于参照组($P < 0.05$),2组IL-10、TGF-β水平升高($P < 0.05$),且研究组高于参照组($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后TNF-α、IL-33、AQP1、miR-487b水平比较 见表3。治疗前,2组TNF-α、IL-33、AQP1、miR-487b水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组TNF-α、IL-33、AQP1水平降低($P < 0.05$),且研究组低于参照组($P < 0.05$),2组miR-487b水平升高($P < 0.05$),且研究组高于参照组($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后CSF、特异性IgE、EOS水平比较 见表4。治疗前,2组CSF、特异性IgE、EOS水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组CSF、特异性IgE、EOS水平均降低($P < 0.05$),且研究组低于参照组($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	例数	临床控制	有效	无效	总有效率(%)
参照组	49	17	24	8	83.67
研究组	49	28	19	2	95.92
Z 值					2.281
P 值					0.013

表2 2组治疗前后IL-10、TGF-β、sVCAM-1、IL-5水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-10(ng/mL)		TGF-β(ng/L)		sVCAM-1(μg/L)		IL-5(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	49	11.41±1.92	14.61±2.52 ^①	10.33±1.45	15.31±2.13 ^①	535.63±43.35	354.16±33.04 ^①	45.86±11.14	30.32±8.73 ^①
研究组	49	11.25±1.78	17.19±3.06 ^①	10.18±1.39	19.66±2.94 ^①	534.29±42.51	309.58±30.11 ^①	45.15±11.20	22.45±6.14 ^①
t 值		0.428	4.555	0.523	8.387	0.154	6.981	0.315	5.162
P 值		0.670	<0.001	0.602	<0.001	0.878	<0.001	0.754	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

表3 2组治疗前后TNF-α、IL-33、AQP1、miR-487b水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF-α(pg/mL)		IL-33(μg/L)		AQP1(pg/mL)		miR-487b	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	49	13.33±2.62	7.31±1.59 ^①	19.53±5.35	15.31±3.63 ^①	50.41±1.92	45.61±2.52 ^①	0.75±0.14	0.92±0.21 ^①
研究组	49	13.09±2.71	6.07±1.23 ^①	19.98±5.19	11.66±2.94 ^①	50.05±1.82	40.19±3.06 ^①	0.73±0.06	1.05±0.25 ^①
t 值		0.446	4.318	0.423	5.470	0.953	9.571	0.919	2.787
P 值		0.657	<0.001	0.674	<0.001	0.343	<0.001	0.360	0.006

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

表 4 2 组治疗前后 CSF、特异性 IgE、EOS 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	CSF(ng/L)		特异性 IgE(IU/L)		EOS(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	49	40.54±6.12	27.47±4.56 ^①	25.79±2.33	13.02±1.19 ^①	5.33±1.05	3.71±0.93 ^①
研究组	49	40.39±6.05	21.28±3.04 ^①	25.65±2.16	11.77±1.05 ^①	5.38±1.12	3.16±0.64 ^①
t 值		0.122	7.906	0.308	5.514	0.228	3.410
P 值		0.903	<0.001	0.758	<0.001	0.820	<0.001

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$

4.6 2 组治疗前后 NR、MCV、MTR、MTT 水平比较 见表 5。治疗前，2 组 NR、MCV、MTR、MTT 水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2 组 MCV、MTR 水平升高($P<0.05$)，且研究组高于参照组($P<0.05$)，2 组 NR、MTT 水平降低($P<0.05$)，且研究组低于参照组($P<0.05$)。

4.7 2 组治疗前后 PEF、FEV₁、PEF 昼夜变异率水平比较 见表 6。治疗前，2 组 PEF、FEV₁、PEF 昼夜变异率水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2 组 PEF 昼夜变异率降低($P<0.05$)，且研究组低于参照组($P<0.05$)，2 组 FEV₁、PEF 水平升高($P<0.05$)，且研究组高于参照组($P<0.05$)。

表 5 2 组治疗前后 NR、MCV、MTR、MTT 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	NR[Pa/(cm ³ ·s)]		MCV(mm/min)		MTR(mm/min)		MTT(min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	49	0.64±0.13	0.46±0.11 ^①	4.45±1.11	5.75±1.33 ^①	7.18±1.15	7.78±1.22 ^①	21.55±5.13	17.35±4.12 ^①
研究组	49	0.60±0.11	0.31±0.07 ^①	4.32±1.05	7.04±1.95 ^①	7.29±1.04	8.41±1.59 ^①	21.42±5.08	13.29±3.05 ^①
t 值		1.644	8.053	0.596	3.826	0.490	2.005	0.126	5.544
P 值		0.103	<0.001	0.553	<0.001	0.625	0.030	0.900	<0.001

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$

表 6 2 组治疗前后 PEF、FEV₁、PEF 昼夜变异率水平比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	PEF(L/min)		FEV ₁ (L)		PEF 昼夜变异率(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	49	51.65±6.45	62.41±7.73 ^①	1.25±0.35	2.15±0.59 ^①	24.65±4.45	17.41±3.73 ^①
研究组	49	52.76±6.73	73.74±8.82 ^①	1.21±0.33	2.44±0.71 ^①	23.76±4.43	13.74±2.52 ^①
t 值		0.834	6.756	0.582	2.199	0.992	5.707
P 值		0.407	<0.001	0.562	0.030	0.324	<0.001

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$

4.8 2 组治疗前后症状、RQLQ 评分比较 见表 7。治疗前，2 组症状、RQLQ 评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2 组症状、RQLQ 评分降低($P<0.05$)，且研究组低于参照组($P<0.05$)。

4.9 2 组不良反应发生率比较 参照组有 4 例困倦、3 例口干、2 例头晕、1 例恶心，不良反应总发生率 20.41%；研究组有 1 例困倦、1 例口干，不良反应总发生率为 4.08%。研究组不良反应总发生率低于参照组($\chi^2=4.653$ ， $P=0.031$)。

表 7 2 组治疗前后症状、RQLQ 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组 别	例数	症状评分		RQLQ 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	49	14.65±1.75	6.13±1.04 ^①	116.15±20.87	89.18±15.83 ^①
研究组	49	14.43±1.64	4.61±0.76 ^①	115.61±20.35	72.23±12.51 ^①
t 值		0.642	8.260	0.130	5.881
P 值		0.522	<0.001	0.897	<0.001

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$

5 讨论

过敏性鼻炎是耳鼻喉科常见疾病,其诱发因素主要为季节变化、生活环境、过敏原、遗传等^[6-7]。过敏性鼻炎产生的核心机制是特异性IgE介导的变态反应,当患者首次接触过敏原,便会刺激体内产生特异性IgE抗体,并吸附于肥大细胞或嗜碱性细胞表面,患者产生无临床表现的致敏状态^[8]。当患者再次接触过敏原,可引起IgE介导免疫活性细胞、细胞因子、多种炎症因子等产生炎症反应,炎症会活化肥大细胞,促进组胺、白三烯、前列腺素等炎性介质释放,收缩气道平滑肌,增加气道阻力,致使鼻黏膜产生病理改变,引发鼻痒、打喷嚏、鼻塞、流涕等症状,诱发疾病^[9-10]。

过敏性鼻炎归属于中医鼻鼽范畴。与患者先天禀赋不足密切相关。肺为娇脏,开窍于鼻,若患者先天禀赋不足,正气虚弱,卫表不固,易受湿、热等外邪侵袭,伏于肺部,湿邪可聚而成痰,瘀滞经脉,日久,热邪郁结无泄,循经上犯鼻窍而发病^[11-12]。清热通窍汤中辛夷花归肺经,可祛风清热、通鼻窍,为君药;苍耳子祛湿、宣通鼻窍,黄芪益卫固表、补气升阳,为臣药;石菖蒲开窍豁痰、化湿、镇咳,黄芩清热燥湿、泻火解毒,当归活血化瘀、通经,白术健脾燥湿、利水,鱼腥草清热化痰、解毒,为佐药;木通清热去火、利湿通经,为使药;涕多且浓稠者加败酱草祛瘀通经、排脓,鼻塞严重者加薄荷、白芷利咽喉、通窍止痒。诸药合用,共达益气通络、清热燥湿、通窍利咽的功效。苍耳子含有酚酸类、挥发油、倍半萜内酯类等有效成分,可稳定肥大细胞膜,减少组织释放组胺,产生抗炎、抗过敏作用^[13-14]。针刺是中医外治疗法,通过针刺穴位治疗疾病,迎香穴属手阳明大肠经,针刺迎香穴可清热、通鼻窍,促进鼻腔内副交感神经与交感神经平衡,恢复血管运动功能,减少鼻分泌物,改善临床症状^[15-16]。

过敏性鼻炎发生过程中,还参与非IgE介导的炎症反应,具有酶活性的变应原刺激患者后,可促进鼻黏膜上皮细胞产生趋化因子和细胞因子,促进Th2细胞分化,诱导炎症产生,加重病情。IL-10由Th1细胞分化,IL-5由Th2细胞分化,其水平增加会导致Th1/Th2平衡失调,参与机体免疫应答反应,加重过敏性鼻炎病情,TGF- β 可抑制Th2细胞分化^[17-18]。

免疫应答会产生炎症反应,sVCAM-1、TNF- α 均为炎症因子,与炎症反应呈正相关;IL-33可促进Th2细胞分化,加重患者病情;miR-487b可抑制TNF- α 、IL-33表达,抑制炎症反应^[19];AQP1可加重炎症,促进腺体分泌,增加患者水样鼻涕症状^[20]。本研究结果显示,治疗后研究组TGF- β 、IL-10、miR-487b水平高于参照组,AQP1、sVCAM-1、IL-5、TNF- α 、IL-33水平低于参照组,说明针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎患者,可改善患者免疫应答,抑制机体炎症。

过敏性鼻炎产生的核心机制是特异性IgE介导的变态反应,过敏性鼻炎患者机体中IgE、CSF、EOS水平呈升高趋势^[21-22]。本研究结果显示,治疗后研究组特异性IgE、CSF、EOS水平低于参照组,说明针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎患者,可降低IgE、CSF、EOS水平,改善患者病情。NR由鼻瓣区决定,其水平升高可降低养分,致使患者产生鼻塞,MTT、MCV、MTR、NR为鼻黏膜纤毛功能相关指标^[23]。本研究结果显示,治疗后研究组MCV、MTR、FEV₁、PEF水平高于参照组,PEF昼夜变异率、NR、MTT水平低于参照组,说明针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎患者,可提升通气及鼻黏膜纤毛功能。研究组患者症状、RQLQ评分低于参照组,总有效率较参照组高,不良反应较参照组少,说明针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎患者,可缓解患者致敏症状,提升患者的临床疗效及生活质量,减少不良反应。

综上所述,针刺迎香穴联合清热通窍汤加减治疗过敏性鼻炎,可改善患者免疫应答,抑制机体炎症,提升通气及鼻黏膜纤毛功能,缓解患者致敏症状,提升临床疗效及生活质量,减少不良反应。

[参考文献]

- [1] 赖耀铭,龙涛,高升,等.蜂针治疗过敏性鼻炎患者的疗效分析及免疫学指标变化[J].中国现代医学杂志,2022,32(6):63-67.
- [2] 陈旦,周建平,顾颖杰.雷火灸联合小青龙汤对变应性鼻炎患儿的治疗效果及对免疫功能的影响[J].浙江中医杂志,2021,56(9):630-631.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.变应性鼻炎诊断和治疗指南[J].中国临床医生,2010,38(6):67-68.
- [4] 刘蓬.中医耳鼻咽喉科学[M].北京:中国中医药出版社,

- 2016; 108.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 107-108.
- [6] 赵羽芊, 刘敏, 夏远, 等. 过敏性鼻炎的影响因素研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(4): 65-66.
- [7] 黎佳幸, 黄兰, 林昊天, 等. 穴位埋线治疗变应性鼻炎的临床疗效及作用机制研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(4): 855-859.
- [8] 高翔, 童红霞, 马鹏飞, 等. 变应性鼻炎的机制研究和治疗进展[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(30): 188-189.
- [9] KIM H C, KIM D K, KIM J S, et al. Hypochlorous acid versus saline nasal irrigation in allergic rhinitis: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. American Journal of Rhinology & Allergy, 2022, 36(1): 129-134.
- [10] LINTON S, RAMCHANDANI R, BURROWS A, et al. Staphylococcus aureus carriage and differential cell counts in nasal lavages of ragweed-induced allergic rhinitis using nasal allergen challenge[J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2021, 147(2): AB143.
- [11] 王亚琴, 唐李梅, 葛灏. 自血穴位注射治疗急性发作期肺经伏热型变应性鼻炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(5): 884-887.
- [12] 叶一骏. 鼻三针结合中药治疗小儿过敏性鼻炎肺经伏热证37例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2021, 17(5): 83-87.
- [13] FAN W, FAN L, PENG C, et al. Traditional uses, botany, phytochemistry, pharmacology, pharmacokinetics and toxicology of xanthium strumarium L.: A review[J]. Molecules, 2019, 24(2): 1-24.
- [14] 庄延双, 胡静, 蔡皓, 等. 苍耳子化学成分及药理作用研究进展[J]. 南京中医药大学学报, 2017, 33(4): 428-432.
- [15] 马伟, 翟春涛, 尚慧梅, 等. 针刺联合艾灸治疗过敏性鼻炎的临床疗效及安全性评价[J]. 针刺研究, 2022, 47(4): 336-342.
- [16] 张华. 针刺曲池、血海、迎香穴、风市穴配合康灵耳鼻喉鼻炎治疗仪治疗过敏性鼻炎10例[J]. 中医耳鼻喉科学研究, 2018(1): 44-45.
- [17] 洪原城, 阙镇如, 林丹琪, 等. 粉尘螨滴剂联合匹多莫德对小儿变应性鼻炎合并哮喘患者炎症反应、免疫应答的影响[J]. 海南医学院学报, 2018, 24(17): 1595-1598.
- [18] 李荣华. 氯雷他定与辛芩颗粒治疗过敏性鼻炎的效果及对Th1Th2细胞因子的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(19): 3330-3331.
- [19] 李满群, 许清河. 过敏性鼻炎患儿血浆miR-487b、IL-33的表达及临床意义[J]. 广东医学, 2020, 41(22): 2326-2329.
- [20] 程波, 邹祖圣, 张志茂, 等. 水通道蛋白1在常年变应性鼻炎黏膜中的表达及意义[J]. 中国临床医学, 2008, 15(6): 895-896.
- [21] 钟志娟, 王灵, 冯小伟, 等. 奥马珠单抗对儿童难治性过敏性哮喘伴鼻炎的疗效及其外周血tIgE和EOS计数的影响[J]. 中国免疫学杂志, 2022, 38(4): 469-473.
- [22] 张志鹏, 冯秋香, 卫琰, 等. 艾灸联合穴位贴敷对过敏性鼻炎患者鼻阻力及EOS、ECP的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(21): 2316-2320.
- [23] 张志德, 孔德杰, 闻克银, 等. 孟鲁司特钠与盐酸氮卓斯汀对过敏性鼻炎患者TNSS评分、血清ECP水平及MTT的影响[J]. 中国合理用药探索, 2021, 18(3): 88-91.

(责任编辑: 钟志敏)