

揠针埋针疗法联合鼻鼽散穴位贴敷治疗小儿过敏性鼻炎临床研究

宁剑¹, 李蓓¹, 田晓玲², 陈琴³, 王钰玉⁴, 张炜¹

1. 浙江绿城心血管病医院耳鼻咽喉科, 浙江 杭州 310012
2. 杭州市临平区中西医结合医院耳鼻喉科, 浙江 杭州 311199
3. 浙江绿城心血管病医院中医科, 浙江 杭州 310012
4. 浙江绿城心血管病医院门诊, 浙江 杭州 310012

【摘要】目的：观察揠针埋针疗法联合鼻鼽散穴位贴敷治疗小儿过敏性鼻炎（AR）的临床疗效。**方法：**选择2023年1月—2025年1月浙江绿城心血管病医院收治的84例AR患儿，按随机数字表法分为试验组和对照组各42例，最终试验组完成研究40例，对照组完成研究39例。对照组给予口服氯雷他定片治疗，试验组在对照组基础上给予揠针埋针疗法联合鼻鼽散穴位贴敷治疗，2组均治疗4周。比较2组临床疗效、中医证候积分、鼻症状评分〔鼻症状总分（TNSS）量表〕、鼻通气功能〔最大呼气流速（PEF）、PEF昼夜变异率〕、血清炎症因子〔白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-10（IL-10）〕、免疫功能〔免疫球蛋白E（IgE）〕及不良反应发生率。**结果：**治疗4周后，试验组总有效率95.00%（38/40），高于对照组76.92%（30/39）（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组中医证候主症评分、次症评分及总积分较治疗前降低（ $P<0.05$ ），且试验组中医证候主症评分、次症评分及总积分低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组TNSS量表中鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏评分及总分较治疗前降低（ $P<0.05$ ），且试验组低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组IL-6、IgE水平较治疗前降低，且试验组IL-6、IgE水平低于对照组（ $P<0.05$ ）；2组IL-10水平较治疗前升高，且试验组IL-10水平高于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组PEF水平较治疗前升高，试验组PEF水平高于对照组（ $P<0.05$ ）；2组PEF昼夜变异率较治疗前降低，试验组PEF昼夜变异率低于对照组（ $P<0.05$ ）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论：**揠针埋针疗法联合鼻鼽散穴位贴敷治疗AR患儿疗效显著，可有效减轻临床症状，改善鼻通气功能及免疫功能，减轻机体炎症反应，安全性高。

【关键词】过敏性鼻炎；小儿；揠针；埋针疗法；鼻鼽散；穴位贴敷；炎症因子；免疫功能

【中图分类号】 R276.1 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2026) 01-0103-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.01.018

Clinical Study on Thumbtack Needle-Embedding Therapy Combined with Acupoint Application with Biqu Powder for Pediatric Allergic Rhinitis

NING Jian¹, LI Bei¹, TIAN Xiaoling², CHEN Qin³, WANG Yuyu⁴, ZHANG Wei¹

1. Department of Otolaryngology, Zhejiang Greentown Cardiovascular Hospital, Hangzhou Zhejiang 310012, China; 2. Department of Otolaryngology, Hangzhou Linping Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hangzhou Zhejiang 311199, China;
3. Department of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Greentown Cardiovascular Hospital, Hangzhou Zhejiang 310012, China;
4. Outpatient Department of Zhejiang Greentown Cardiovascular Hospital, Hangzhou Zhejiang 310012, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of thumbtack needle-embedding therapy combined with acupoint application with Biqu Powder for pediatric allergic rhinitis (AR). **Methods:** A total of 84 children with AR

〔收稿日期〕 2025-06-17
〔修回日期〕 2025-10-15
〔基金项目〕 杭州市医药卫生科技项目（B20241931）
〔作者简介〕 宁剑（1986-），男，副主任中医师。
〔通信作者〕 李蓓（1986-），女，主治中医师。

admitted to Zhejiang Greentown Cardiovascular Hospital from January 2023 to January 2025 were selected and divided into the trial group and the control group using the random number table method, with 42 cases in each group. Finally, 40 cases in the trial group and 39 cases in the control group completed the study. The control group received oral administration of Loratadine Tablets, while the trial group received additional thumbtack needle-embedding therapy combined with acupoint application with Biqu Powder based on the control group's treatment. Both groups were treated for four weeks. The following indicators were compared between the two groups: clinical efficacy, traditional Chinese medicine syndrome scores, nasal symptom scores [Total Nasal Symptom Score (TNSS) scale], nasal ventilation function [peak expiratory flow (PEF), diurnal variation rate of PEF], serum inflammatory factors [interleukin-6 (IL-6), interleukin-10 (IL-10)], immune function [immunoglobulin E (IgE)], and the incidence of adverse reactions.

Results: After four weeks of treatment, the total effective rate in the trial group was 95.00% (38/40), which was significantly higher than that of 76.92% (30/39) in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the primary symptom scores, the secondary symptom scores, and the total scores of traditional Chinese medicine syndromes decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the scores in the trial group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of nasal congestion, nasal itching, runny nose, and sneezing in the TNSS scale and the total scores decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the scores in the trial group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, IL-6 and IgE levels decreased in both groups compared with those before treatment, and the levels of IL-6 and IgE in the trial group were lower than those in the control group ($P < 0.05$); IL-10 levels increased in both groups compared with those before treatment, and the IL-10 level in the trial group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, PEF levels increased in both groups compared with those before treatment, and the PEF level in the trial group was higher than that in the control group ($P < 0.05$); the diurnal variation rate of PEF decreased in both groups compared with those before treatment, and the diurnal variation rate of PEF in the trial group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Thumbtack needle-embedding therapy combined with acupoint application with Biqu Powder shows significant efficacy in treating children with AR. It can effectively alleviate clinical symptoms, improve nasal ventilation function and immune function, reduce systemic inflammatory responses, and demonstrates higher medication safety.

Keywords: Allergic rhinitis; Pediatric; Thumbtack needle; Embedding therapy; Biqu Powder; Acupoint application; Inflammatory factors; Immune function

过敏性鼻炎(AR)是一种非感染性鼻黏膜慢性炎症疾病,是因个体在接触变应原后致免疫球蛋白E(IgE)介导的介质释放,同时多种免疫活性细胞和炎症因子参与所致^[1]。该病在儿科临床中较为常见,临床以鼻塞、鼻痒、流清涕及阵发性喷嚏等为主要表现,还可伴有头晕、记忆力下降、嗜睡等症状,严重影响患儿正常生活及学习^[2]。目前,临床针对AR尚无根治方法,多采用抗组胺药物为主,氯雷他定片具有抗过敏、抗炎作用,但单使用该药物远期

疗效不甚至满意,停药后病情易复发^[3]。AR属于中医鼻鼽范畴,病因为小儿脏腑娇嫩,肺肺气虚,卫外不固,易受风寒等外邪入侵,犯于鼻窍,肺气不通,鼻窍阻塞,以肺脾气虚为常见证型,治以补肺益脾、益气固表、宣通鼻窍为主。近年来,中医外治疗法中揶针埋针疗法、穴位贴敷较为常用,目前两者联合治疗本病的相关研究报道较少。基于本病证型特点及病机,本研究对浙江绿城心血管病医院中医2023年1月—2025年1月收治的AR患儿采取揶

针埋针疗法联合鼻鼾散穴位贴敷治疗,比较两种疗法联合使用与单使用氯雷他定治疗的差异,从中医证候积分、鼻症状评分、鼻通气功能、炎症反应、免疫功能及不良反应等多个方面评估该治疗方案的有效性,以期为临床治疗小儿AR提供新的治疗思路和参考价值,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合文献[4]中AR相关诊断标准。临床症状:有鼻痒、鼻塞、鼻分泌物及喷嚏等症状;临床体征:鼻腔检查可见鼻黏膜苍白、水肿,鼻腔水样分泌物;实验室检查:特异性免疫球蛋白E(IgE)阳性,或鼻激发试验阳性。

1.2 辨证标准 符合文献[5]中鼻鼾相关辨证标准,辨证为肺脾气虚证。主症:鼻塞,涕出如注,鼻痒,喷嚏;次症:气短懒言,疲倦乏力,纳呆,自汗,便溏;舌质淡、苔薄白,脉细弱。满足以上主症、次症各2项及以上,并依据舌脉象可辨证为此证。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准;病程 ≥ 3 个月;年龄3~12岁;患儿家属签定知情同意书。

1.4 排除标准 存在鼻腔解剖结构异常、有鼻部手术史及合并其他鼻咽部疾病者;参与本研究前2周内服用过其它相关药物及糖皮质激素者;存在肝肾功能障碍、恶性肿瘤者;临床资料不全或对本研究所用药物过敏者。

1.5 脱落、剔除标准 出现严重不良事件需停止试验者;试验期间突患其他疾病而影响疗效及安全性评定者;治疗依从性差,中途自行换药者;自行要求退出研究者;失访者。

1.6 一般资料 选择2023年1月—2025年1月浙江绿城心血管病医院耳鼻喉科收治的84例AR患儿,按随机数字表法分为试验组和对照组各42例,最终试验组完成研究40例(突患其他疾病影响疗效评定剔除1例,治疗依从性差剔除1例),对照组完成研究39例(自行要求退出研究剔除1例,失访脱落2例)。试验组男23例,女17例;年龄3~12岁,平均 (8.27 ± 2.16) 岁;病程3个月~5年,平均 (2.66 ± 0.58) 年。对照组男20例,女19例;年龄3~11岁,平均 (7.95 ± 2.05) 岁;病程5个月~5年,平均 (2.74 ± 0.62) 年。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过浙江绿城心血管病医院伦理委员会审核(浙绿医伦理2023-11号)。

2 治疗方法

2.1 对照组 每天睡前口服氯雷他定片(成都恒瑞制药有限公司,国药准字H20030112,规格:10 mg)治疗。剂量:体质量 ≤ 30 kg:5 mg/次,每天1次;体质量 > 30 kg:10 mg/次,每天1次。连续用药4周。

2.2 试验组 在对照组基础上采用揸针埋针疗法联合鼻鼾散穴位贴敷治疗。①揸针埋针疗法:取足三里穴(双侧)、肺俞穴(双侧)、印堂穴、迎香穴(双侧)。器具:揸针(苏州医疗用品厂有限公司)。操作方法:对患儿穴位局部皮肤常规消毒后,撕开揸针密封纸,塑料容器向后曲折,将揸针从塑料容器中取出并直接刺入穴位,按压胶布,以贴合皮肤。埋针后每天按压4~5次,每次至少点压60下,每天1次。②鼻鼾散穴位贴敷:鼻鼾散药物成分包括玉屏风散加味和四君子汤加味。玉屏风散加味:黄芪、麸炒白术、防风各10 g,细辛3 g,炒苍耳子8 g;四君子汤加味:党参片、炒山楂、茯苓、麸炒白术各10 g,苍术8 g,炙甘草3 g。由浙江绿城心血管病医院中药房提供药物,用机器将药物粉碎为极细粉,以鲜姜汁和蜂蜜调匀分别制成直径为1 cm、厚度为5 mm左右的药饼。将玉屏风散药饼贴敷于膻中穴、肺俞穴(双侧),随后以医用纱布覆盖药饼,再以医用脱敏胶布固定,每天贴敷时间为8 h;四君子汤药饼贴敷于神阙穴,以医用纱布覆盖药饼,再以医用脱敏胶布固定,每天贴敷时间为10~12 h。每周连续治疗3 d,休息4 d,连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候评分。治疗前、治疗后参照文献[6]对肺脾气虚证候进行评分,将主症(鼻塞,鼻痒,涕出如注,喷嚏)按症状无、轻度、中度、重度计0、2、4、6分,次症(自汗,疲倦乏力,气短懒言,纳呆,便溏)按症状无、轻度、中度、重度计0、1、2、3分,总积分=主症评分+次症评分,满分39分,分值越高则症状越严重。③鼻症状评分。治疗前、治疗4周后采用鼻症状总分(TNSS)量表^[4]评估2组患儿鼻症状改善情况,该量表包括鼻塞、鼻痒、流涕及喷嚏4个症状,各项症状按1~4分计,满分16分,分值越高则症状越严重。④鼻通气功能。治疗前、治疗4周后采用肺功能检测仪(德国耶格公司,型号:MSIOS型)测定2组患儿最大呼气流速(PEF)、PEF昼夜变异率。⑤血清炎

症因子及IgE水平。治疗前、治疗4周后采集患儿空腹肘静脉血4 mL,以低速离心(离心转速:3 000 r/min,离心半径:15 cm)处理10 min后,分离上清液置于-20℃冰箱备测,以酶联免疫吸附法(ELIAS)测定血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)水平,以免疫散射比浊法测定IgE水平,试剂盒均购自北京缔一生物科技有限公司。⑥不良反应。统计2组患儿出现头痛、鼻出血、肝肾功能异常及胃肠道不适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。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 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 治疗4周后参考文献[7],根据疗效指数及TNSS总分减少率拟定疗效标准。临床控制:鼻塞、鼻痒、流涕及喷嚏等症状消失,疗效指数、TNSS总分减少率 $\geq 95\%$,鼻通气功能正常;显效:上述症状显著改善,70% $\leq$ 疗效指数、TNSS总分减少率 $< 95\%$,鼻通气功能正常或显著改善;有效:上述症状有所好转,30% $\leq$ 疗效指数、TNSS总分减少率 $< 70\%$,鼻通气功能有好转;无效:上述症状无改善或加重,疗效指数、TNSS总分减少率 $< 30\%$,鼻通气功能无明显变化。疗效指数=(治疗前中医证候总积分-治疗后中医证候总积分)/治疗前中医证候总积分 $\times 100\%$ 。TNSS总分减少率=(治疗前TNSS总分-治疗后TNSS总分)/治疗前TNSS总分 $\times 100\%$ 。疗效指数、TNSS总分减少率计算公式均参照尼莫地平法。总有效率=(临床控制+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。试验组总有效率为95.00%,高于对照组76.92%($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗

前,2组中医证候主症评分、次症评分及总积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组中医证候主症评分、次症评分及总积分均较治疗前降低($P < 0.05$),且试验组中医证候主症评分、次症评分及总积分均低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
对照组	39	10(25.64)	12(30.77)	8(20.51)	9(23.08)	30(76.92)
试验组	40	19(47.50)	13(32.50)	6(15.00)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2 值						5.384
P 值						0.020

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	主症评分	次症评分	总积分
对照组	治疗前	39	14.47 $\pm$ 3.10	9.26 $\pm$ 2.30	23.73 $\pm$ 4.28
	治疗后	39	8.24 $\pm$ 2.16 ^{①②}	6.13 $\pm$ 1.72 ^{①②}	14.37 $\pm$ 3.50 ^{①②}
试验组	治疗前	40	15.00 $\pm$ 3.25	8.84 $\pm$ 2.22	23.84 $\pm$ 4.42
	治疗后	40	6.36 $\pm$ 2.02 ^①	4.15 $\pm$ 1.23 ^①	10.51 $\pm$ 2.76 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.4 2组治疗前后TNSS评分比较 见表3。治疗前,2组TNSS量表鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏及总分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组TNSS量表鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏评分及总分均较治疗前降低($P < 0.05$),试验组低于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后血清炎症因子、免疫功能水平比较 见表4。治疗前,2组血清IL-6、IL-10、IgE水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组IL-6、IgE水平较治疗前降低,且试验组IL-6、IgE水平均低于对照组($P < 0.05$);2组IL-10水平均较治疗前升高,且试验组IL-10水平高于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后TNSS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	鼻塞	鼻痒	流涕	喷嚏	总分
对照组	治疗前	39	3.08 $\pm$ 0.45	2.72 $\pm$ 0.58	2.54 $\pm$ 0.50	2.17 $\pm$ 0.35	10.51 $\pm$ 2.30
	治疗后	39	1.75 $\pm$ 0.40 ^①	1.60 $\pm$ 0.37 ^①	1.76 $\pm$ 0.42 ^①	1.21 $\pm$ 0.28 ^①	6.32 $\pm$ 1.66 ^①
试验组	治疗前	40	3.14 $\pm$ 0.50	2.64 $\pm$ 0.50	2.62 $\pm$ 0.58	2.25 $\pm$ 0.32	10.65 $\pm$ 2.34
	治疗后	40	1.20 $\pm$ 0.35 ^{①②}	1.15 $\pm$ 0.32 ^{①②}	1.24 $\pm$ 0.35 ^{①②}	0.93 $\pm$ 0.25 ^{①②}	4.52 $\pm$ 1.32 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表4 2组治疗前后血清炎症因子、免疫功能指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	IL-6(ng/L)	IgE(IU/L)	IL-10(ng/L)
对照组	治疗前	39	173.21±34.35	205.30±45.28	13.05±2.92
	治疗后	39	132.86±25.22 ^①	114.56±31.64 ^①	16.44±3.20 ^①
试验组	治疗前	40	176.45±36.12	200.94±47.73	12.98±2.87
	治疗后	40	101.38±20.35 ^②	76.82±22.50 ^②	20.35±3.46 ^②

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.6 2组治疗前后鼻通气功能指标比较 见表5。治疗前, 2组PEF、PEF昼夜变异率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组PEF水平较治疗前升高, 试验组PEF水平高于对照组($P < 0.05$); 2组PEF昼夜变异率较治疗前降低, 试验组PEF昼夜变异率低于对照组($P < 0.05$)。

表5 2组治疗前后鼻通气功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	PEF(L/min)	PEF昼夜变异率(%)
对照组	治疗前	39	52.16±6.58	21.93±4.50
	治疗后	39	61.45±7.23 ^①	17.40±3.72 ^①
试验组	治疗前	40	52.08±7.14	22.15±5.23
	治疗后	40	70.96±8.35 ^②	12.36±2.98 ^②

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.7 2组不良反应发生率比较 见表6。试验组不良反应发生率为7.50%, 对照组为10.25%, 2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表6 2组不良反应发生率比较 例(%)

组别	例数	头痛	鼻出血	肝肾功能异常	胃肠道不适	合计
对照组	39	2(5.13)	1(2.56)	0	1(2.56)	4(10.25)
试验组	40	1(2.50)	0	1(2.50)	1(2.50)	3(7.50)
χ^2 值						0.186
P 值						0.666

5 讨论

现代医学研究认为, AR的发病机制与机体自身免疫功能、环境因素及遗传因素等有密切关系^[8]。儿童因机体发育尚未成熟, 易受诸多致病菌侵袭, AR发病率较高, 因该病具有病程长、反复发作等特点, 给患儿身心健康造成极大的影响^[9]。目前, 西医治疗AR多以对症治疗缓解症状为主, 氯雷他定片是长效的抗组胺药物, 可抑制人体嗜酸细胞黏附、趋化分子的表达, 且该药物可选择性拮抗外周H1受体, 对

组胺诱导的过敏反应发挥抑制作用, 并能调节炎症因子表达, 但其药效维持时间低于24 h, 停药后病情易复发, 因此临床中多选择与其他药物配合应用^[10]。

AR属于中医学鼻鼽范畴。从中医角度分析, 小儿鼻鼽的发生与肺、脾密切相关。因小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 肺、脾常不足, 肺在窍为鼻, 肺气虚弱, 卫外不固, 易受风寒等外邪入侵, 致肺气失宣, 鼻窍受阻, 则引发鼻塞、喷嚏等症状; 脾为肺之母, 脾气虚弱则运化失司, 水湿上犯鼻窍则致流涕。可见本病以肺脾气虚为主要证型, 治疗应以补肺益脾、益气固表、宣通鼻窍为主。中医治疗本病的外治法包括针刺、推拿、揠针埋针、穴位贴敷等, 其中揠针埋针、穴位贴敷近年来在临床广泛开展。揠针埋针疗法是一种基于腧穴理论及“十二皮部”理论创立的针刺方法, 该疗法是将特制的麦粒型或图钉型针具刺入体表穴位的皮内或皮下后, 再以胶布固定埋藏于内, 由于留置时间较长, 可对十二皮部产生持续而稳定的刺激, 通过留针可候气调气, 发挥调和气血、疏通经络及调整脏腑功能作用, 以此达到治疗疾病的目的^[11]。本研究揠针埋针治疗中所选足三里有健脾益气功效; 肺俞可鼓动肺卫之气; 印堂有扶正祛邪、促进气血运行之功; 迎香有通鼻开窍之效, 擅治鼻塞不通。四穴配伍, 可发挥补益肺脾之气、通鼻窍功效。穴位贴敷是中医的一种特色外治法, 该疗法依据经络学说, 将芳香走窜的药物敷贴于特定穴位, 通过药力与穴位的协同作用, 以达到疏通经络、调和气血、扶助正气的目的^[12]。本研究穴位贴敷所采用鼻鼽散是由玉屏风散加味和四君子汤加味两组药物组成, 玉屏风散由黄芪、防风、麸炒白术所组成, 其中黄芪可益卫固表、升阳举陷、补脾肺之气; 麸炒白术有益气健脾作用; 防风可祛风邪, 助黄芪、麸炒白术调和卫气; 在此方基础上加炒苍耳子有解表散寒、通鼻窍之功; 加细辛温肺化痰、祛风邪、散寒毒, 加此两药物有助通鼻窍, 进一步改善患儿鼻部症状。将玉屏风散药饼贴敷于膻中穴可降气通络, 肺俞穴可疏风散邪, 两穴配伍可发挥益气固表、通窍作用。四君子汤方中党参可补脾益肺; 茯苓健脾、渗湿利水; 白术、甘草益气健脾; 基于健脾贵在运的理论, 方中加苍术可健运脾胃; 因久病多瘀, 加炒山楂以行气散瘀。将上述药物研磨成粉状以姜汁、蜂蜜调和制成药膏, 可发

挥补中健脾、温肺祛痰、通利鼻窍之功。将四君子汤药饼贴敷于神阙穴有健脾益气之效。鼻鼽散具有益气健脾、益肺固表、通利鼻窍之效，与AR肺脾气虚证病机契合。本研究发现，治疗4周后，与对照组相比，试验组总有效率更高，中医证候积分、鼻症状TNSS量表评分降低更显著。结果提示对小儿AR肺脾气虚证患儿采用揠针埋针疗法联合鼻鼽散穴位贴敷治疗，较单使用氯雷他定可进一步提升疗效，有效缓解患儿中医症状及鼻症状。

AR患儿暴露于过敏原中会促进鼻黏膜组织浸润和辅助性T细胞增殖，而随着病情的发展可导致患儿出现鼻通气功能障碍^[13]。其中，PEF是评估肺通气功能的常见指标，当AR患儿机体通气功能受损时，可致PEF水平降低^[14]；PEF昼夜变异率可反映气道有无阻塞及呼吸肌力量，通过对一天内不同时间点的差异进行比较，可有效评估患儿鼻通气情况和病情发展程度，PEF昼夜变异率越高，则鼻通气功能越差^[15]。此外，AR的发生发展与炎症介质的异常释放有密切关系，因炎症因子的分泌增加，可加剧鼻腔黏膜炎症反应，导致鼻症状的出现，并在一定程度上影响肺功能，引起肺功能下降^[16]。其中，血清IL-6是由单核/巨噬细胞释放的一种炎症因子，其表达水平上升可提高细胞黏附分子表达，释放更多的特异性过敏介质，并诱发炎症细胞浸润，而加重鼻腔炎症反应^[17]；血清IL-10为强效的抗炎、免疫抑制细胞因子，具有免疫调节功能^[18]。其次，免疫功能指标IgE抗体介导的超敏反应是AR的变态性反应过程，特异性T细胞可分泌大量白细胞介素，对IgE的合成有促进作用，IgE表达水平上升可导致鼻腔高敏反应加重和炎症细胞水平异常上升^[19]。故检测血清炎症指标及IgE可有效评估患者病情改善情况。

现代针灸学研究表明，肺俞穴与交感神经有密切关系，刺激该穴位可促进交感神经末梢释放化学物质，以此发挥调节内脏功能作用，从而协调改善气道炎症反应，使呼吸道症状得到缓解，而印堂穴在刺激下可向中枢传导鼻黏膜释放组胺等化学介质，使变应性鼻炎的症状及体征得到改善，且刺激该穴位可对大脑皮质起到反射性刺激作用，从而调整大脑皮质兴奋与抑制过程，起到改善呼吸道功能、提高机体免疫力作用^[20]；揠针疗法用于治疗AR模型大

鼠可降低血清IgE含量，减轻鼻黏膜组织炎症反应及鼻部症状^[21]；穴位贴敷治疗AR的作用机制是通过调节免疫功能，增强其抗病能力，从而改善过敏症状^[22]。现代药理研究表明，黄芪中活性成分黄芪多糖可降低AR大鼠炎症因子水平，调节Th17/Treg平衡，从而缓解AR症状^[23]；防风有效成分防风多糖可抑制AR大鼠体内IgE和炎症因子的释放，减轻炎症反应，使鼻腔黏膜组织水肿等症状得到缓解^[24]；苍耳子含苍术苷、绿原酸及1, 5-二咖啡酰喹宁酸等生物活性成分，可改善小鼠AR症状，减轻鼻黏膜充血、水肿，且有助于降低IgE含量，抑制过敏反应^[25]。本研究发现，治疗4周后，试验组鼻通气指标PEF水平高于对照组，PEF昼夜变异率低于对照组；试验组血清炎症指标IL-6水平低于对照组，IL-10水平高于对照组；免疫指标IgE水平低于对照组。结果可见揠针埋针疗法联合鼻鼽散穴位贴敷治疗小儿AR有助于改善患儿鼻通气功能，减轻患儿机体炎症反应，改善机体免疫功能。此外，治疗期间，试验组与对照组仅出现少量头痛、鼻出血、肝肾功能异常及胃肠道不适患儿，组间不良反应发生率比较无显著性差异，经对症处理后不良反应症状消失，未发现其他严重不良反应，可见本研究治疗方案具有较高的安全性。

综上分析，揠针埋针疗法联合鼻鼽散穴位贴敷治疗小儿AR可提升临床疗效，在减轻临床症状及鼻症状、改善鼻通气功能、减轻炎症反应，且不良反应少，安全性高。

【参考文献】

- [1] 尚虹, 邵磊, 胡崇伟. 过敏性鼻炎患儿变应原特异性免疫治疗后炎症因子表达谱变化及其意义[J]. 中华全科医学, 2024, 22(9): 1555-1558.
- [2] 刘延飞, 郭明刚, 杨延娜, 等. 麻黄附子细辛汤加减联合氯雷他定片治疗过敏性鼻炎疗效观察[J]. 广西中医药大学学报, 2024, 27(5): 12-15.
- [3] 李俊峰, 张敏尚, 王晓宇. 温针灸联合氯雷他定、氮卓斯汀鼻喷剂治疗过敏性鼻炎的临床疗效及对患者鼻腔生理功能、免疫功能的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2024, 47(5): 101-104.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 中国变应性鼻炎诊断和治疗指南(2022年, 修订版)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2022, 57(2): 106-129.
- [5] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社,

- 2007; 81-82.
- [6] 孙嘉美. 健脾利鼻散治疗小儿过敏性鼻炎(肺脾气虚证)的临床研究[D]. 天津: 天津中医药大学, 2022.
- [7] 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: 124-125.
- [8] 刘丹丹, 李雪. 自拟抗敏鼻鼍方治疗儿童过敏所致难治性鼻炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(5): 634-638.
- [9] 黄慧贞. 氯雷他定联合糖皮质激素鼻喷雾剂对过敏性鼻炎合并哮喘患儿症状和峰值呼气流速的影响[J]. 中国执业药师, 2019, 16(5): 58-61.
- [10] 柏玉玉, 丁传莲. 鼻渊糖浆联合氯雷他定治疗变应性鼻炎的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(12): 2426-2429.
- [11] 欧芹, 黄少好. 揸针埋针疗法联合玉屏风散治疗过敏性鼻炎的效果及对免疫功能的影响[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(1): 91-92.
- [12] 刘大英, 刘顺利, 梁萌萌, 等. 穴位贴敷联合中药口服及聚焦超声手术治疗过敏性鼻炎的疗效及对血清免疫炎症指标和生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(14): 1957-1962.
- [13] 李慧, 聂雷, 张佩瑶, 等. 儿童常年性过敏性鼻炎血清炎症因子水平与病情严重程度及鼻通气功能的关系[J]. 中外医学研究, 2023, 21(8): 69-73.
- [14] 刘洋君, 朱杭军, 卫来, 等. 舌下含服粉尘螨滴剂对过敏性鼻炎患者肺通气功能、免疫球蛋白及T淋巴细胞亚群的影响[J]. 海南医学院学报, 2018, 24(14): 1363-1366.
- [15] 王丽娜, 潘利平, 李红娟. 鼻渊通窍颗粒联合氯雷他定片治疗过敏性鼻炎的效果[J]. 河南医学研究, 2023, 32(16): 3026-3030.
- [16] 马圣洁, 叶卫东, 徐建宏. 糖酸莫米松联合氯雷他定和孟鲁司特钠对过敏性鼻炎合并哮喘患儿炎症因子及肺功能的影响[J]. 中国妇幼保健, 2024, 39(12): 2178-2181.
- [17] 黄若葵. 玉屏风颗粒对过敏性鼻炎患者通气功能及炎症反应的影响[J]. 中国实用医药, 2024, 19(9): 38-41.
- [18] 孔凡盛, 周围, 庄晟坚, 等. 针刺、穴位埋线联合治疗过敏性鼻炎疗效及对炎症因子IL-4、IL-6、IL-10的影响[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(9): 140-143.
- [19] 王浩, 刘成云, 刘骞. 鼻内针刺鼻丘穴、内迎香穴联合中药贴敷治疗过敏性鼻炎疗效及对鼻腔分泌物EOS%、血清总IgE、IL-4及SP水平的影响[J]. 四川中医, 2024, 42(5): 193-197.
- [20] 姜明玉. 清肺通窍饮联合揸针治疗小儿过敏性鼻炎(肺经伏热型)的临床研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [21] 蒲玉铃. 揸针对过敏性鼻炎模型大鼠血清IgE、IL-4、IL-2的影响[D]. 成都: 成都中医药大学, 2018.
- [22] 金禹彤, 宣丽华. 穴位贴敷治疗过敏性鼻炎作用机制及临床应用[J]. 吉林中医药, 2015, 35(1): 84-87.
- [23] 刘顺利, 梁萌萌, 刘大英. 黄芪多糖对过敏性鼻炎大鼠Tre/Th17细胞免疫平衡和炎症因子的影响[J]. 陕西中医, 2023, 44(1): 20-23.
- [24] 耿玉梅, 张振巍, 石磊. 防风多糖对过敏性鼻炎大鼠免疫因子的影响[J]. 中国药师, 2017, 20(7): 1188-1191.
- [25] 汪晓. 苍耳子对小鼠过敏性鼻炎模型的治疗及作用机制研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2018.

[责任编辑: 郑锋玲, 蒋维超(英文)]