

本文引用: 马雅静, 史绍鹏, 熊明昭, 王璟, 潘梦晨, 杨祁. 散风通窍滴丸联合鼻内针刺治疗中重度变应性鼻炎效果及对患者血清总 IgE 细胞免疫功能的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(6): 1158–1164.

散风通窍滴丸联合鼻内针刺治疗中重度变应性鼻炎效果及对患者血清总 IgE 细胞免疫功能的影响

马雅静¹, 史绍鹏¹, 熊明昭¹, 王璟¹, 潘梦晨¹, 杨祁^{2*}

1. 南京中医药大学附属苏州市中医医院, 江苏 苏州 215000;

2. 南京中医药大学第二附属医院/江苏省第二中医院, 江苏 南京 210017

〔摘要〕 **目的** 观察散风通窍滴丸联合鼻内针刺对中重度变应性鼻炎(AR)患者的临床效果及对血清总免疫球蛋白 E(IgE)、细胞免疫功能的影响。**方法** 纳入 2022 年 1 月至 2024 年 1 月南京中医药大学附属苏州市中医医院收治的 AR 患者 104 例为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 52 例。对照组口服散风通窍滴丸, 20 丸/次, 3 次/d; 观察组在此基础上联合鼻内针刺内迎香、鼻丘(均为双侧), 1 次/d, 每周 5 次。两组均连续治疗 2 周。治疗后, 比较两组患者鼻部症状总评分(TNSS)、鼻结膜炎生活质量问卷(RQLQ)评分、眼部症状总评分(TOSS)、血清总 IgE、嗜酸性粒细胞(EOS)、 γ 干扰素(IFN- γ)、白细胞介素(IL)-4、IL-10、IL-13 水平, T 淋巴细胞 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平, 12、24 周复发率, 临床疗效及不良反应。**结果** 与治疗前比较, 治疗后, 两组 TNSS、TOSS、RQLQ 评分、血清总 IgE、EOS、IL-4、IL-13、CD4⁺/CD8⁺ 水平均降低, IFN- γ 、IL-10、CD4⁺、CD8⁺ 水平均升高($P<0.05$); 与对照组比较, 观察组 TNSS、TOSS、RQLQ 评分及血清总 IgE、EOS、IL-4、IL-13、CD4⁺/CD8⁺ 水平降低, IFN- γ 、IL-10、CD4⁺、CD8⁺ 水平升高($P<0.05$)。随访期间观察组失联 2 例, 对照组失联 1 例, 两组 12 周复发率差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组 24 周复发率(22.00%)低于对照组(49.02%)($P<0.05$)。观察组总有效率(94.23%)高于对照组(80.77%)($P<0.05$)。两组患者均未出现严重不良反应。**结论** 散风通窍滴丸联合鼻内针刺治疗中重度 AR 患者临床疗效优于散风通窍滴丸, 其能在保证安全的基础上降低炎症水平、调节细胞免疫功能, 从而纠正鼻炎相关症状, 提高生活质量, 改善预后。

〔关键词〕 变应性鼻炎; 散风通窍滴丸; 鼻内针; 细胞免疫功能; 免疫球蛋白 E

〔中图分类号〕 R276.1

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.06.009

Effects of Sanfeng Tongqiao Dropping Pills combined with intranasal acupuncture on moderate-to-severe allergic rhinitis and on patients' serum total IgE and cellular immune function

MA Yajing¹, SHI Shaopeng¹, XIONG Mingzhao¹, WANG Jing¹, PAN Mengchen¹, YANG Qi^{2*}

1. Suzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Suzhou, Jiangsu 215000, China; 2. The Second Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine/Jiangsu Second Chinese Medicine Hospital, Nanjing, Jiangsu 210017, China

〔Abstract〕 **Objective** To observe the clinical effects of Sanfeng Tongqiao Dropping Pills (SFTQDP) combined with intranasal acupuncture on patients with moderate to severe allergic rhinitis (AR) and the effects on serum total immunoglobulin E (IgE)

〔收稿日期〕 2025-10-20

〔基金项目〕 2024 年度江苏省中医药科技发展计划面上项目(MS2024039); 苏州市吴门医派研究专项科研基金项目(SKYXD2022098)。

〔通信作者〕 * 杨祁, 男, 硕士, 副主任中医师, E-mail: yang_qi0823@163.com。

and cellular immune function. **Methods** A total of 104 AR patients admitted to Suzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine from January 2022 to January 2024 were enrolled as study subjects and randomly divided into control group and observation group, with 52 cases in each group. The control group orally received SFTQDP, 20 pills per dose, three times a day. The observation group additionally received intranasal acupuncture at Neiyangxiang (EX-HN9) and Biqu (both bilateral), once a day, five times per week, on the basis of the control group's treatment. Both groups were treated continuously for two weeks. After treatment, the two groups were compared in terms of total nasal symptom score (TNSS), rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire (RQLQ) score, total ocular symptom score (TOSS), serum levels of total IgE, eosinophil count (EOS), interferon- γ (IFN- γ), interleukins (IL)-4, IL-10, and IL-13 levels, T-lymphocyte CD4⁺, CD8⁺, and CD4⁺/CD8⁺ levels, recurrence rates at 12 and 24 weeks, clinical efficacy, and adverse reactions. **Results** Compared with before treatment, both groups showed decreases in TNSS, TOSS, RQLQ scores, serum total IgE, EOS, IL-4, IL-13, and CD4⁺/CD8⁺ levels, and increases in IFN- γ , IL-10, CD4⁺, and CD8⁺ levels after treatment ($P<0.05$). Compared with the control group, the observation group showed lower TNSS, TOSS, RQLQ scores, serum total IgE, EOS, IL-4, IL-13, and CD4⁺/CD8⁺ levels, and higher IFN- γ , IL-10, CD4⁺, and CD8⁺ levels ($P<0.05$). During follow-up, 2 cases were lost to follow-up in the observation group and 1 case in the control group; there was no significant difference in the 12-week recurrence rate between the two groups ($P>0.05$). The 24-week recurrence rate in the observation group (22.00%) was lower than that in the control group (49.02%) ($P<0.05$). The total effective rate in the observation group (94.23%) was higher than that in the control group (80.77%) ($P<0.05$). No serious adverse reactions occurred in either group. **Conclusion** SFTQDP combined with intranasal acupuncture is superior to SFTQDP alone in treating patients with moderate-to-severe AR. It can reduce inflammation levels and regulate cellular immune function on the basis of ensuring safety, thereby alleviating rhinitis-related symptoms, improving quality of life, and enhancing prognosis.

[**Keywords**] allergic rhinitis; Sanfeng Tongqiao Dropping Pills; intranasal acupuncture; cellular immune function; immunoglobulin E

变应性鼻炎(allergic rhinitis, AR)是机体暴露于特异性变应原后激发免疫球蛋白E(immunoglobulin E, IgE)介导的鼻黏膜慢性炎性非感染性疾病,部分患者可进展为过敏性咽炎、支气管哮喘、嗜酸性粒细胞(eosinophils, EOS)食管炎等^[1]。统计学研究显示,AR患病率较高,为10%~40%^[2]。因此,控制AR症状,对预防疾病进展具有重要意义。临床治疗AR常采用口服或鼻用糖皮质激素、组胺受体拮抗剂等缓解相关症状,但病情易反复,甚至产生耐药性^[3]。此类药物虽能迅速抑制机体免疫反应,但当患者再次接触特异性变应原后会迅速复发,长期疗效不理想^[4]。随着中医药的不断发展,针灸因创伤小、安全性高、疗效较好,被广泛应用于AR治疗,2016年美国临床实践指南将针灸列为AR的有效治疗手段之一^[5]。在中医学中,AR归属于“鼻鼽”范畴,发病与正气不足、外邪侵袭等因素有关,基本病机为肺气不固、鼻窍壅滞。研究认为,AR患者肺经素有伏热,经感受外邪引发邪热上犯鼻窍,因而呈现反复发作的特点^[6]。散风通窍滴丸主要用于肺经伏热、风寒犯肺等所致的鼻炎,疗效较好^[7],然而其多与抗组胺药物

联合使用以提高疗效,单独使用散风通窍滴丸治疗AR与氯雷他定相比未展现显著抗炎优势^[8]。有研究发现,鼻内针可调节细胞因子水平,治疗AR疗效较好^[9]。基于此,本研究旨在探讨散风通窍滴丸联合鼻内针刺对中重度AR患者的临床效果及对IgE、细胞免疫功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2022年1月至2024年1月南京中医药大学附属苏州市中医医院耳鼻喉科收治的AR患者104例,随机分为对照组和观察组,各52例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。详见表1。本研究经南京中医药大学附属苏州市中医医院伦理委员会批准(伦理号:2022伦研批081)。

1.2 纳入标准

(1)西医诊断标准:符合中重度AR诊断标准^[10],皮肤点刺试验、血清IgE或鼻激发试验阳性;(2)中医诊断标准:符合“鼻鼽”肺经伏热证诊断标准^[11],鼻塞、打喷嚏、鼻痒、流清涕或稠涕、嗅觉功能障碍,可

表 1 两组患者一般资料比较($n=52$)Table 1 Comparison of general data between the two groups of patients ($n=52$)

组别	性别[例(%)]		年龄/ ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程/ ($\bar{x}\pm s$,年)
	男	女		
观察组	28(53.85)	24(46.15)	36.15 $\pm$ 7.94	3.82 $\pm$ 1.15
对照组	30(57.69)	22(42.31)	35.70 $\pm$ 8.29	3.76 $\pm$ 1.03
χ^2 值	0.156		0.283	0.280
P 值	0.693		0.778	0.780

伴口干咽痒,舌红,苔薄白或黄,脉数;(3)症状发作 ≥ 4 d/周,持续 4 周及以上,对生活质量产生明显影响;(4)年龄 10~60 岁;(5)依从性较高,可坚持完成治疗方案者;(6)鼻部症状总评分(total nasal symptom score, TNSS) ≥ 8 分,其中鼻塞项评分 ≥ 2 分;(7)患者家属均已签署知情同意书。

1.3 排除标准

(1)合并鼻腔占位性病变者;(2)合并肝肾功能不全、心脑血管疾病等严重基础疾病者;(3)严重晕针者;(4)合并恶性肿瘤者;(5)过去 1 周使用过抗组胺类、糖皮质激素、中药等药物治疗者;(6)妊娠期或哺乳期妇女;(7)对治疗药物过敏者。

1.4 方法

对照组给予散风通窍滴丸(扬子江药业集团有限公司,国药准字 Z20194026,规格:每 20 丸 0.76 g),口服,20 丸/次,3 次/d,连续治疗 2 周。

观察组在对照组基础上采用鼻内针刺,选穴:内迎香、鼻丘(均为双侧),内迎香位于鼻孔内,鼻翼软骨与鼻甲交界之黏膜上,鼻丘位于鼻腔外侧壁,中鼻甲前缘上方之隆起处。操作:常规消毒后采用鼻内镜和额戴反光镜进行腧穴定位,采用一次性无菌毫针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:0.25 mm $\times$ 40 mm)进行针刺,内迎香与鼻唇沟呈 30° 夹角斜刺 5~10 mm,鼻丘直刺 5~10 mm,针刺至黏膜下行捻转补泻,行针过程中注意手法轻柔适度,留针 20 min 后迅速出针,无菌棉球按压双侧鼻翼 3~5 min 止血,1 次/d,5 次/周,连续治疗 2 周。

1.5 观察指标

1.5.1 TNSS、眼部症状总评分(total ocular symptom score, TOSS)、鼻结膜炎生活质量问卷(rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire, RQLQ) 治疗前后分别采用 TNSS、TOSS、RQLQ 评分进行评估。

TNSS 从患者鼻塞、鼻痒、喷嚏、流涕 4 个方面进行评价,每项症状从无到重分为 0~3 分^[12];TOSS 从患者眼痒、红肿、流泪 3 个方面进行评价,每项症状从无到重分为 0~3 分^[12];RQLQ 从患者日常活动、睡眠、行为问题、非鼻眼症状、鼻部症状、眼部症状、情感 7 个方面进行评价,分数越高代表生活质量越低^[13]。

1.5.2 血清总 IgE、EOS、 γ 干扰素(interferon- γ , IFN- γ)、白细胞介素(interleukin, IL)-4、IL-10、IL-13 水平检测 于治疗前后分别采集患者空腹肘静脉血各 5 mL,置于乙二胺四乙酸抗凝管中,以 3 000 r/min 离心 10 min(离心半径为 10 cm),分离血浆和血清,取上清液,采用全自动生化仪(美国西门子医学诊断有限公司)以 ELISA 法检测 IgE、EOS、IFN- γ 、IL-4、IL-10、IL-13 水平,操作严格按照试剂盒说明书进行。

1.5.3 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平检测 治疗前后取上述抗凝全血,采用流式细胞仪(美国碧迪生物科学有限公司)测定 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平。

1.5.4 12、24 周复发率 治疗结束后 12、24 周,采用电话、门诊等随访方式跟踪两组患者复发情况,若患者再次出现典型 AR 症状,并经临床确诊,则判定为复发。

1.5.5 临床疗效 根据《变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案(2004 年,兰州)》^[14]进行评价。显效:临床症状显著改善,TNSS 减分率 $\geq 66\%$;有效:临床症状减轻,TNSS 减分率 25%~65%;无效:上述症状未改善或加重,TNSS 减分率 $\leq 25\%$ 。

1.5.6 不良反应 观察并记录两组患者治疗期间出现的不良反应,包含晕针、滞针、断针、局部血肿、感染、针刺后遗痛、肝肾功能异常、血常规异常、胃肠道反应、皮疹等,及时采取相应的解决措施。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 20.0 对数据进行分析,计数资料以“例(%)”表示,行 χ^2 检验,计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,行 t 检验。等级资料组间比较采用 Mann-Whitney U 秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 TNSS、TOSS、RQLQ 评分比较

治疗前,两组患者 TNSS、TOSS、RQLQ 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,

治疗后,两组患者 TNSS、TOSS、RQLQ 评分降低 ($P<0.05$),且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 2。

2.2 两组患者治疗前后血清总 IgE、EOS、IFN- γ 水平比较

治疗前,两组患者血清总 IgE、EOS、IFN- γ 水平比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。与治疗前比较,治疗后,两组患者血清总 IgE、EOS 水平降低,IFN- γ 水平升高 ($P<0.05$);与对照组比较,观察组总 IgE、EOS 水平降低,IFN- γ 水平升高 ($P<0.05$)。详见表 3。

2.3 两组患者治疗前后 IL-4、IL-10、IL-13 水平比较

治疗前,两组患者 IL-4、IL-10、IL-13 水平比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。与治疗前比较,治

疗后,两组患者 IL-4、IL-13 水平降低,IL-10 水平升高 ($P<0.05$);与对照组比较,观察组 IL-4、IL-13 水平降低,IL-10 水平升高 ($P<0.05$)。详见表 4。

2.4 两组患者治疗前后 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平比较

治疗前,两组患者 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。与治疗前比较,治疗后,两组患者 CD4⁺、CD8⁺水平升高,CD4⁺/CD8⁺水平降低 ($P<0.05$);与对照组比较,观察组 CD4⁺、CD8⁺水平升高,CD4⁺/CD8⁺水平降低 ($P<0.05$)。详见表 5。

2.5 两组患者 12、24 周复发率比较

随访期间,因电话无法接通、不愿沟通病情等原

表 2 两组患者治疗前后 TNSS、TOSS、RQLQ 评分比较 ($\bar{x}\pm s, n=52$, 分)

Table 2 Comparison of TNSS, TOSS, and RQLQ scores between the two groups of patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s, n=52$, points)

组别	TNSS		TOSS		RQLQ	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	9.24 $\pm$ 1.25	3.27 $\pm$ 1.04*	3.08 $\pm$ 0.89	1.21 $\pm$ 0.36*	75.26 $\pm$ 18.52	43.84 $\pm$ 10.95*
对照组	9.40 $\pm$ 1.19	4.56 $\pm$ 1.17*	2.93 $\pm$ 0.95	1.45 $\pm$ 0.41*	72.93 $\pm$ 20.08	51.37 $\pm$ 11.46*
<i>t</i> 值	0.669	5.942	0.831	3.172	0.615	3.426
<i>P</i> 值	0.505	<0.001	0.408	0.002	0.540	0.001

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后血清总 IgE、EOS、IFN- γ 水平比较 ($\bar{x}\pm s, n=52$)

Table 3 Comparison of serum total IgE, EOS, and IFN- γ levels between the two groups of patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s, n=52$)

组别	总 IgE/(IU/mL)		EOS/($\times 10^9$ /L)		IFN- γ /(ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	323.50 $\pm$ 54.69	161.39 $\pm$ 18.42*	0.63 $\pm$ 0.15	0.39 $\pm$ 0.08*	19.78 $\pm$ 1.81	26.52 $\pm$ 2.67*
对照组	341.18 $\pm$ 60.53	195.52 $\pm$ 23.07*	0.59 $\pm$ 0.12	0.45 $\pm$ 0.10*	20.32 $\pm$ 1.79	23.48 $\pm$ 2.35*
<i>t</i> 值	1.563	8.337	1.502	3.379	1.530	6.050
<i>P</i> 值	0.121	<0.001	0.136	0.001	0.129	<0.001

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后 IL-4、IL-10、IL-13 水平比较 ($\bar{x}\pm s, n=52$, ng/L)

Table 4 Comparison of IL-4, IL-10, and IL-13 levels between the two groups of patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s, n=52$, ng/L)

组别	IL-4		IL-10		IL-13	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	28.15 $\pm$ 3.43	16.34 $\pm$ 2.85*	45.92 $\pm$ 3.11	61.80 $\pm$ 4.03*	23.41 $\pm$ 4.29	13.92 $\pm$ 3.18*
对照组	27.89 $\pm$ 3.16	21.78 $\pm$ 3.09*	46.54 $\pm$ 3.27	56.93 $\pm$ 3.58*	24.18 $\pm$ 4.53	17.78 $\pm$ 3.27*
<i>t</i> 值	0.402	9.332	0.991	6.515	0.890	6.102
<i>P</i> 值	0.689	<0.001	0.324	<0.001	0.376	<0.001

注:与治疗前比较,* $P<0.05$ 。

表 5 两组患者治疗前后 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平比较($\bar{x}\pm s, n=52$)

Table 5 Comparison of CD4⁺, CD8⁺, and CD4⁺/CD8⁺ levels between the two groups of patients before and after treatment ($\bar{x}\pm s, n=52$)

组别	CD4 ⁺ /%		CD8 ⁺ /%		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36.52±4.74	45.92±5.43*	19.87±2.91	28.54±2.53*	1.81±0.35	1.46±0.21*
对照组	37.26±4.89	42.21±5.18*	20.18±3.15	24.89±2.36*	1.76±0.32	1.57±0.26*
<i>t</i> 值	0.784	3.565	0.521	7.607	0.760	2.373
<i>P</i> 值	0.435	0.001	0.603	<0.001	0.449	0.020

注:与治疗前比较,**P*<0.05。

因造成观察组失联 2 例,对照组失联 1 例,观察组回访例数为 50 例,对照组为 51 例。两组 12 周复发率比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);观察组 24 周复发率为 22.00%,低于对照组的 49.02%(*P*<0.05)。详见表 6。

表 6 两组患者 12、24 周复发率比较[*n*=52,例(%)]

Table 6 Comparison of 12-week and 24-week recurrence rates between the two groups of patients [*n*=52, cases(%)]

组别	12 周复发率	24 周复发率
观察组	5(10.00)	11(22.00)
对照组	10(19.61)	25(49.02)
χ^2 值	1.843	8.035
<i>P</i> 值	0.175	0.005

2.6 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 94.23%,高于对照组的80.77%(*P*<0.05)。详见表 7。

表 7 两组患者临床疗效比较[*n*=52,例(%)]

Table 7 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients [*n*=52, cases(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组	24(46.15)	25(48.08)	3(5.77)	49(94.23)
对照组	16(30.77)	26(50.00)	10(19.23)	42(80.77)
<i>Z</i> 值				-2.106
<i>P</i> 值				0.035

2.7 两组患者不良反应比较

治疗过程中,两组患者均未出现严重不良反应,用药依从性良好。对照组 1 例患者肝肾功能检查出现谷丙转氨酶轻度升高(58 U/L),但低于正常值上限的 3 倍,故未采取额外治疗,1 周后复查恢复正常;观察组 2 例患者针刺后鼻部微量出血,呈现局部皮下瘀青,观察 2 d 后自然消退。两组患者均未发生影响试验进度的不良事件。

3 讨论

目前,AR 的发病机制尚不明确,有学者研究认为辅助性 T 细胞(T helper cell, Th)1/Th2 及 Th17/调节性 T 细胞(regulatory T cell, Treg)免疫失衡与 AR 发病密切相关,免疫介导活化肥大细胞分泌组胺、白三烯等炎性介质会刺激鼻黏膜及眼结膜感觉神经末梢,促进腺体分泌,同时活化 EOS、血管上皮细胞分泌黏附分子等引发血管扩张充血水肿,产生鼻痒流涕、眼红流泪等 AR 相关症状^[5]。Th1 细胞分泌的 IFN- γ 及 Th2 细胞分泌的 IL-6、IL-10、IL-13 等细胞因子,均参与 AR 的免疫反应^[6],因此,治疗 AR 需排查变应原并远离,调节机体免疫力并控制免疫细胞分泌过多介质。抗组胺、白三烯受体拮抗剂等能控制免疫反应,但对于调节机体免疫力、预防 AR 反复发作效果不理想。因此,寻求更多有效方案对提高 AR 患者预后具有重要意义。

中医学认为,鼻鼽的发病根源在于正气亏虚,复感外邪侵袭,正如《类经·疾病类》所言“内有所伤,外邪得以入之”。人体起居失常、劳逸不当或素体体虚,均可损伤正气;外感风寒邪气,首先犯肺,邪气入里,郁而化热,循经上扰鼻窍,进而引发鼻塞、流涕等症状。《古今医统·卷之六十二·鼻证门》记载“鼽涕者,热客太阴肺之经也”,认为外感风寒化热,客于肺卫是鼻鼽的基本病机。现代研究认为,鼻鼽证型以肺脾气虚、寒证为主^[7],然而《素问玄机原病式·六气为病》载“言鼽为肺寒者误也,热极怫郁而病愈甚也”,认为鼻鼽病机与肺热密切相关,针对肺经郁热型 AR 治宜行清热祛风、散寒通窍、敛涕止嚏之法,且相关研究表明,AR 肺经伏热证型在临床中亦十分常见^[18]。因此,本研究选取肺经伏热证 AR 患者为研

究对象,探讨散风通窍滴丸联合鼻内针刺的治疗效果。研究表明,观察组治疗有效率更高,表明散风通窍滴丸联合鼻内针刺治疗AR的疗效更佳。其原因可能为针刺选穴内迎香部位分布有筛前神经、鼻睫神经分支,具有开窍醒神、清热泻火之效,同时鼻丘部位分布有丰富的嗅神经、鼻腭神经,具有开窍通脉之效,诸穴配伍直达病位;散风通窍滴丸,方以黄芩为君,清利上焦郁热,以荆芥为臣,借助荆芥辛散药力,宣肺散寒,以助黄芩清肺宣肺之力,佐以羌活、细辛驱散肌表风寒之邪,通达鼻窍,同时制约黄芩苦寒药性,寒热并用,共起疏散风寒、宣通鼻窍、清散肺热之效。治疗后,观察组TNSS、TOSS、RQLQ改善程度优于对照组,提示联合治疗对肺经伏热证AR临床症状、生活质量改善效果更明显。其原因可能为散风通窍滴丸含木犀草素、 β -谷甾醇、槲皮素、山柰酚等多种活性成分,可调控多条炎症相关信号通路、抑制炎症因子释放^[19],鼻内针刺可作用于鼻腔内鼻腭神经、鼻睫神经分支,降低鼻腔副交感神经兴奋性,双重作用下可有效缓解鼻部及眼部症状,改善患者生活质量^[20]。

当特异性变应原进入AR患者体内后传递给T辅助细胞,使其分化为Th2,诱导B细胞分泌总IgE抗体,IgE抗体附着于EOS等细胞表面,释放炎症因子,而IFN- γ 可抑制IgE合成,使Th1/Th2维持平衡^[21-22]。IL-4、IL-10、IL-13均为炎症相关因子,其中IL-4、IL-13可直接促进IgE合成,IL-10能下调树突状细胞共刺激分子表达,抑制IgE分泌,从而抑制炎症细胞分泌炎症介质,减轻气道水肿痉挛^[23]。本研究中,治疗后观察组IgE、EOS、IFN- γ 、IL-4、IL-10、IL-13改善程度更明显,表明联合治疗能纠正炎症反应、维持免疫平衡。其原因可能与散风通窍滴丸中荆芥挥发油发挥抗炎、抗过敏作用^[24]及鼻内针刺可有效降低血清IgE水平、抑制炎症介质释放有关^[9]。CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺均为T淋巴细胞亚群相关指标,AR患者体内CD4⁺、CD8⁺呈现明显降低趋势,且随着病情进展而降低^[25]。本研究中,治疗后观察组CD4⁺、CD8⁺更高,CD4⁺/CD8⁺更低,提示联合治疗对调节细胞免疫功能、促进Th1/Th2平衡作用更好,分析其原因可能与联合治疗可缓解炎症反应、减少炎症因子分泌、调控相关细胞分子抑制过敏反应,促进T

淋巴细胞活化有关。本研究中,两组12周复发率差异无统计学意义,观察组24周复发率低于对照组,且两组患者均未出现严重不良反应,其原因可能为散风通窍滴丸的制剂技术提高了其有效成分的生物利用度,减少了不良刺激,且鼻内针选穴较少,集中于鼻部病灶,患者依从性及接受度较高,验证了针刺联合中成药治疗的安全性良好且可改善患者预后^[26]。

综上所述,散风通窍滴丸联合鼻内针刺治疗中重度AR患者临床疗效较高,其能在保证安全的基础上降低炎症水平、调节细胞免疫功能,从而缓解鼻炎相关症状,提高生活质量,改善预后。

参考文献

- [1] Bousquet J, Anto J M, Bachert C, et al. Allergic rhinitis[J]. Nature Reviews Disease Primers, 2020, 6: 95.
- [2] Zhang Y, Lan F, Zhang L. Advances and highlights in allergic rhinitis[J]. Allergy, 2021, 76(11): 3383-3389.
- [3] Koksall Z G, Uysal P, Erdogan O, et al. The association between allergic rhinitis and airway dysfunction and nasal endothelial damage and oxidative stress[J]. Rhinology, 2023, 61(3): 272-282.
- [4] 邹超鹏, 李莹莹. 自拟健脾清肺方结合西药治疗肺脾气虚型鼻鼽(变应性鼻炎)疗效及对EOS定量、致炎因子的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(6): 178-180.
- [5] Brozek J L, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines: 2016 revision[J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2017, 140(4): 950-958.
- [6] 王平川, 侯薇, 马戈, 等. 辛夷清肺饮加味联合氯雷他定片治疗急性发作期变应性鼻炎(肺经伏热证)的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(5): 881-883.
- [7] 王伟伟, 陈璇, 耿红城. 散风通窍滴丸治疗肺肾两虚型变应性鼻炎疗效及对IL-35、STAT3通路的调控作用[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(7): 76-80.
- [8] 马文成, 臧栋, 刘爽. 散风通窍滴丸治疗变应性鼻炎肺经伏热证的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2023, 38(9): 2318-2323.
- [9] 李丙泉, 董博洋, 李岩. 鼻内针刺联合中药序贯疗法治疗中-重度变应性鼻炎的疗效及对细胞因子、嗅觉功能的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2024, 31(5): 145-150.
- [10] 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.

- [11] 刘 蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 107-109.
- [12] Salapatek A M, Werkhäuser N, Ismail B, et al. Effects of ectoine containing nasal spray and eye drops on symptoms of seasonal allergic rhinoconjunctivitis[J]. *Clinical and Translational Allergy*, 2021, 11(1): e12006.
- [13] 何 霞, 冯 彦, 王斌全, 等. 变应性鼻炎健康相关生存质量测定常用量表简析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2017, 31(1): 23-26.
- [14] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会. 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案(2004 年, 兰州)[C]//2009 年全国鼻部感染与变态反应专题学术会议论文集. 2009: 37-39.
- [15] Yao Y, Chen C L, Wang N, et al. Correlation of allergen-specific T follicular helper cell counts with specific IgE levels and efficacy of allergen immunotherapy[J]. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2018, 142(1): 321-324.
- [16] Yao Y, Wang Z C, Wang N, et al. Allergen immunotherapy improves defective follicular regulatory T cells in patients with allergic rhinitis[J]. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2019, 144(1): 118-128.
- [17] 郭晓庆, 朱任良, 罗秋兰. 283 例变应性鼻炎患者中医体质与证型相关性研究[J]. *世界中医药*, 2020, 15(15): 2331-2335.
- [18] 刘翠芳, 卫东锋, 杨 伟, 等. 中医教材在变应性鼻炎中医诊疗指南制定中的证据价值探讨[J]. *中医杂志*, 2024, 65(4): 368-375.
- [19] 裴青娟. 散风通窍滴丸治疗变应性鼻炎作用机制的网络药理学研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2022.
- [20] 巩 政, 闫占峰, 刘巧平, 等. 鼻内针刺对变应性鼻炎兔神经源性炎症反应的影响[J]. *针刺研究*, 2021, 46(2): 111-116, 122.
- [21] Shamji M H, Singh I, Layhadi J A, et al. Passive prophylactic administration with a single dose of anti-Fc ϵ 1 monoclonal antibodies REGN1908-1909 in cat allergen-induced allergic rhinitis: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial[J]. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2021, 204(1): 23-33.
- [22] Kaminuma O, Nishimura T, Saeki M, et al. T cell-mediated nasal hyperresponsiveness in allergic rhinitis[J]. *Biological & Pharmaceutical Bulletin*, 2020, 43(1): 36-40.
- [23] Junttila I S. Tuning the cytokine responses: An update on interleukin (IL)-4 and IL-13 receptor complexes[J]. *Frontiers in Immunology*, 2018, 9: 888.
- [24] 王 凤, 温桃群, 桑文涛, 等. 荆芥挥发油化学成分及药理作用研究现状[J]. *中南药学*, 2017, 15(3): 312-318.
- [25] 谯月龙, 焦沃尔, 陈始明. 调节性 T 细胞亚群在变应性鼻炎发病中的作用及机制[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2024, 59(8): 878-883.
- [26] 曾春利, 吕鹤群, 彭拥军. 基于真实世界观察宣肺通窍针法治疗变应性鼻炎临床疗效[J]. *中国中医药信息杂志*, 2024, 31(6): 141-149.

(本文编辑 周 旦)