

玉屏风颗粒联合艾灸对小儿过敏性鼻炎患者的临床疗效

付艳, 岳宁, 王桂芳, 李月云

[新乡市中心医院(新乡医学院第四临床学院)儿科, 河南 新乡 453000]

摘要: **目的** 探讨玉屏风颗粒联合艾灸对小儿过敏性鼻炎患者的临床疗效。**方法** 96例患者随机分为对照组和观察组, 每组48例, 2组均给予孟鲁司特钠, 同时对照组给予玉屏风颗粒, 观察组在对照组基础上加用艾灸, 疗程1个月。检测2组临床疗效、症状缓解时间、中医证候评分、T细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺)、炎症因子(IL-6、TNF- α)、RQLQ评分、不良反应发生率、复发次数变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$), 症状缓解时间更短($P<0.05$), 复发次数更少($P<0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分、炎症因子、RQLQ评分降低($P<0.05$), T细胞亚群升高($P<0.05$)。2组不良反应率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 玉屏风颗粒联合艾灸可安全有效地增强小儿过敏性鼻炎患者免疫功能, 改善生活质量。

关键词: 玉屏风颗粒; 艾灸; 孟鲁司特钠; 小儿过敏性鼻炎

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2024)09-3184-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2024.09.058

小儿过敏性鼻炎是儿科常见疾病, 其发生率高, 且呈上升趋势^[1-2]。本病是机体暴露于变应原后发生的、主要由免疫球蛋白E(IgE)介导的鼻黏膜非感染性炎症疾病, 病程长, 易反复发作, 正引起临床关注^[3-4]。孟鲁司特钠为小儿过敏性鼻炎的常用治疗药物, 效果显著, 临床应用广泛^[5-6], 为了进一步提升临床治疗、缓解临床症状, 可结合中医方案治疗^[7-9]。本研究探讨玉屏风颗粒联合艾灸对小儿过敏性鼻炎患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2019年1月至2021年3月收治于新乡市中心医院(新乡医学院第四临床学院)的96例小儿过敏性鼻炎患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组48例。对照组女性21例, 男性27例; 年龄3~14岁, 平均年龄(7.15 $\pm$ 0.47)岁; 病程1~6年, 平均病程(2.68 $\pm$ 0.47)年; 疾病程度轻度21例、中度20例、重度7例。观察组女性22例, 男性26例; 年龄3~13岁, 平均年龄(7.12 $\pm$ 0.45)岁; 病程1~5年, 平均病程(2.65 $\pm$ 0.49)年; 疾病程度轻度20例、中度19例、重度9例, 2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准(伦理批号20181126)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 参照《变应性鼻炎诊断和治疗指南》^[10]中的过敏性鼻炎, 包括喷嚏、流涕、鼻塞、鼻痒等症状。

1.2.2 中医 参照《中医耳鼻咽喉科学》^[11]中的肺脾两虚型, 包括鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏、目痒、咽喉痒痛、嗅觉异常、咳嗽、舌质淡及苔薄白、脉弦涩。

1.3 纳入、排除标准

1.3.1 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准; ②年龄3~14岁; ③患者可接受艾灸、玉屏风颗粒治疗; ④患者及其家属了解本研究, 签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 ①先天性疾病; ②脏器功能异常; ③治疗前1个月接受其他治疗; ④精神疾病与心理障碍; ⑤药物禁忌、过敏体质; ⑥依从性差。

1.4 治疗手段 2组均给予孟鲁司特钠(杭州默沙东制药有限公司, 国药准字J20030002, 4 mg/5 mg), 每天1次, 每次1片(3~5岁4 mg, 6~14岁5 mg)。同时, 对照组给予玉屏风颗粒(国药集团广东环球制药有限公司, 国药准字Z10930036, 每袋5 g), <4岁温水冲服半袋, $\geq$ 4岁开水冲服1袋, 每天3次, 疗程1个月; 观察组在对照组基础上加用艾灸, 取穴百会, 施灸时离该穴5~7 cm, 每周2~3次, 疗程1个月。

1.5 临床疗效 参考文献[12]报道, ①显效, 鼻塞、鼻痒、流涕等症状显著改善, 嗅觉恢复正常; ②有效, 鼻塞、鼻痒、流涕等症状一定程度好转, 嗅觉改善; ③无效, 未达到以上标准。总有效率= [(显效例数+有效例数)/总例数] $\times$ 100%。

1.6 指标检测 ①症状缓解时间, 包括鼻痒、流涕、打喷嚏、鼻塞等; ②中医证候评分^[13], 主证鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏, 根据严重程度分别计为0、3、6、9分, 总分0~36分; 次证目痒、咽喉痒痛、嗅觉异常、咳嗽, 根据严重程度分别计为0、1、2、3分, 总分0~12分, 分值越高, 证候越严重; ③T细胞亚群, 采用流式细胞仪检测CD3⁺、CD4⁺水平, 计算CD4⁺/CD8⁺; ④炎症因子水平, 采用酶联

收稿日期: 2023-06-02

基金项目: 2022年度河南省医学科技攻关计划联合共建项目(LHGJ20220996)

作者简介: 付艳(1980—), 女, 硕士, 副主任医师, 研究方向为儿科和新生儿科。Tel: 13262177681

免疫吸附试验检测 IL-6、TNF- α 水平；⑤RQLQ 评分^[14]，由 28 个项目组成，包括睡眠及鼻部症状、社会活动与情感等，每项 0~6 分，总分越高，生活质量越差；⑥不良反应发生率，治疗期间，观察 2 组不良反应发生情况，计算其发生率；⑦复发次数，治疗后随访 2 年，记录 2 组复发次数。

1.7 统计学分析 通过 SPSS 26.0 软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验；计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用 *t* 检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组 (*P*<0.05)，见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 [例 (%), *n*=48]

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	23(47.92)	16(33.33)	9(18.75)	81.25
观察组	35(72.92)	11(22.92)	2(4.17)	95.83 [*]

注：与对照组比较，^{*}*P*<0.05。

2.2 症状缓解时间 观察组症状缓解时间短于对照组 (*P*<0.05)，见表 2。

表 2 2 组症状缓解时间比较 (d, $\bar{x}\pm s$, *n*=48)

组别	鼻痒	流涕	打喷嚏	鼻塞
对照组	4.33±0.37	4.78±0.26	3.44±0.27	3.63±0.30
观察组	3.52±0.40 [*]	4.03±0.24 [*]	3.00±0.30 [*]	3.00±0.22 [*]

注：与对照组比较，^{*}*P*<0.05。

2.3 中医证候评分 治疗后，2 组中医证候评分降低 (*P*<0.05)，以观察组更明显 (*P*<0.05)，见表 3。

表 3 2 组中医证候评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$, *n*=48)

组别	时间	主证	次证	总分
对照组	治疗前	28.35±2.65	8.52±0.78	36.84±1.45
	治疗后	10.25±1.52 [*]	4.21±0.57 [*]	14.23±2.00 [*]
观察组	治疗前	28.29±2.61	8.50±0.80	36.79±1.50
	治疗后	5.10±1.05 ^{*#}	2.15±0.39 ^{*#}	7.23±1.15 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.4 T 细胞亚群 治疗后，2 组 CD3⁺、CD4⁺ 水平及 CD4⁺/CD8⁺ 升高 (*P*<0.05)，以观察组更明显 (*P*<0.05)，见表 4。

表 4 2 组 T 细胞亚群比较 ($\bar{x}\pm s$, *n*=48)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	治疗前	43.26±3.66	27.23±2.75	1.23±0.36
	治疗后	50.47±4.27 [*]	29.56±2.16 [*]	1.49±0.30 [*]
观察组	治疗前	43.24±3.68	27.20±2.78	1.20±0.34
	治疗后	57.34±3.33 ^{*#}	35.26±2.02 ^{*#}	1.72±0.26 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.5 炎症因子水平 治疗后，2 组 IL-6、TNF- α 水平降低 (*P*<0.05)，以观察组更明显 (*P*<0.05)，见表 5。

2.6 RQLQ 评分 治疗后，2 组 RQLQ 评分降低 (*P*<0.05)，以观察组更明显 (*P*<0.05)，见表 6。

2.7 不良反应发生率 2 组不良反应率比较，差异无统计学意义 (*P*>0.05)，见表 7。

表 5 2 组炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$, *n*=48)

组别	时间	IL-6/(ng·L ⁻¹)	TNF- α /(μ g·mL ⁻¹)
对照组	治疗前	194.65±11.25	3.13±0.46
	治疗后	155.23±13.23 [*]	1.60±0.35 [*]
观察组	治疗前	194.62±11.22	3.11±0.44
	治疗后	125.62±10.52 ^{*#}	1.20±0.19 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

表 6 2 组 RQLQ 评分变化 (分, $\bar{x}\pm s$, *n*=48)

组别	治疗前	治疗后
对照组	22.16±1.52	11.25±2.12 [*]
观察组	22.19±1.48	7.23±1.52 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

表 7 2 组不良反应发生率比较 [例 (%), *n*=48]

组别	胃肠道反应	头痛	口干	总发生率/%
对照组	1(2.08)	1(2.08)	1(2.08)	6.25
观察组	1(2.08)	0(0)	0(0)	2.08

2.8 复发次数 观察组复发次数为 (3.76±0.57) 次，低于对照组 [(5.86±0.47) 次] (*P*<0.05)。

3 讨论

中医认为，过敏性鼻炎属于“鼻鼽”“鼻嚏”等范畴^[15]。脾乃生气之源，脾气虚无法上输于肺，肺卫不固，外邪入侵，故而脾肺气虚为其主要病机^[16]。肺肾气虚也是该病发生的重要病机。小儿脏腑娇嫩，脾常不足，肺气虚弱，故而卫外不固^[17]，而肺开窍于鼻，肺气虚则外邪入侵，导致鼻塞、流涕等症，“脾气散精，上归于肺”，肺功正常依赖于“散精”^[18-19]，脾肺虚弱故而发病，故治疗该病当以温补脾肺、益气固表之法^[20-21]。玉屏风颗粒源自玉屏风散，后者出自《丹溪心法》^[22]，由黄芪、白术、防风等中药组成，具有卫外固表、补益脾肺之功。方中黄芪为君药，重在补气，白术为臣药，可补益脾气，气足则卫气充盛，两者共用可补小儿脾肺之气；防风可祛风而不燥，符合小儿脏腑娇嫩生理特点，三药配伍，调和营卫，腠理致密而邪难侵袭，脾旺气复，促进疾病康复。

艾灸是通过艾绒燃烧对机体局部皮肤与穴位产生良性刺激，从而治疗疾病、促进康复的一种治疗方法，临床上效果较好，应用广泛^[23]。本研究对百会穴施以艾灸，该穴位于头部正中位置，对其进行刺激可激发机体阳性，调节心脑血管系统，平衡阴阳，还可提升皮肤温度，增强小儿免疫功能。本研究发现，玉屏风颗粒联合艾灸可使鼻痒、流涕、打喷嚏、鼻塞等病症改善，总有效率更高，而且不良反应少。

在小儿过敏性鼻炎疾病急性期机体中产生大量 IL-6、TNF- α 等炎症因子。本研究发现，玉屏风颗粒联合艾灸可使 IL-6、TNF- α 水平降低，表明该治疗方案具有一定程度抗炎作用，可抑制机体炎症反应，从而促进病情好转。CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 为临床常见的 T 细胞亚群，评估

其变化有助于了解患儿机体免疫功能变化。本研究发现,玉屏风颗粒联合艾灸可使三者水平升高,表明该治疗方案可改善患儿免疫功能。采用 RQLQ 量表对鼻炎患者鼻炎症状、社会活动与情感、睡眠等进行评估,发现玉屏风颗粒联合艾灸可改善 RQLQ 评分,减少 2 年内疾病复发次数,表明该治疗方案可提升生活质量。

综上所述,玉屏风颗粒联合艾灸可提升小儿过敏性鼻炎患者免疫功能,改善生活质量,且安全可靠。但本研究纳入患者较少,故今后可进一步扩大病例,并进行大数据考察,纳入更多其他中医证型患者。

参考文献:

[1] 沈毅韵,朱一冰,张艳涛,等.肺脾肾湿论治小儿过敏性鼻炎作用机制研究进展[J].陕西中医,2023,44(1):133-136.

[2] 李勇军,王钊杰,王有鹏,等.从寒饮论治儿童过敏性疾病[J].环球中医药,2023,16(1):123-126.

[3] 王煜,陈小宁.小儿过敏性鼻炎的中医诊治进展[J].中医医学报,2021,49(3):105-109.

[4] 张金举.“脱敏通鼻方”联合常规西药治疗小儿过敏性鼻炎肺虚感寒证 80 例临床研究[J].江苏中医药,2021,53(5):37-40.

[5] 张驰,王革新,王大强,等.祛风宣窍、清肺化痰法辅助治疗小儿过敏性鼻炎效果及对 Tim-1、ICAM-1、VCAM-1 变化的研究[J].中华中医药学刊,2021,39(7):92-95.

[6] 吴红丽,张灵敏,李建华,等.祛风宣窍、清肺化痰法治疗小儿过敏性鼻炎风痰蕴肺证的临床研究[J].中华中医药学刊,2021,39(6):79-82.

[7] 杨文波,徐炎,吴佳琦,等.王烈从外风论治小儿肺系疾病[J].吉林中医药,2021,41(12):1575-1578.

[8] 张思,范菲,韩斐.基于数据挖掘及网络药理学探讨韩斐教授治疗小儿过敏性鼻炎经验[J].湖南中医药大学学报,2022,42(1):165-172.

[9] 夏天,杨国朋,耿雪静.基于络病理理论浅谈小儿过敏性鼻炎季节性发病的机理及防治原则[J].四川中医,2022,40(8):17-20.

[10] 李盼盼,吴力群,马佳,等.基于肺鼻同治从风、痰、

虚辨治儿童过敏性鼻炎—哮喘综合征[J].环球中医药,2022,15(5):809-811.

[11] 孙景元,刘启云,温雪菲,等.地氯雷他定联合连花清瘟对过敏性鼻炎患儿及血清炎症因子、黏附因子及生活质量的影响[J].河北医药,2022,44(9):1334-1337;1341.

[12] 李雪,刘丹丹,吕永川,等.从“风”论治小儿过敏性鼻炎急性加重期对患儿症状及血清 IgE、IL-6 水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31(3):381-384.

[13] 陈冬青,刘丹丹,吕永川,等.过敏性鼻炎患儿中药复方治疗的多参数研究[J].河北医药,2022,44(13):2007-2009;2013.

[14] 郑晓骏,陈旭青,蒋中秋.中西医结合治疗过敏性鼻炎的临床研究进展[J].医学综述,2022,28(10):1983-1987.

[15] 舒福,袁一林,邱凯玲,等.基于古今医案云平台探析中医药治疗过敏性鼻炎的组方用药规律[J].世界科学技术(中医药现代化),2022,24(2):822-829.

[16] 申林强,章淑薇,邓鑫杰,等.基于网络药理学与分子对接技术探讨桔梗元参汤治疗过敏性鼻炎的作用机制[J].湖南中医药大学学报,2022,42(8):1310-1318.

[17] 刘畅,张慧月,聂晶,等.基于网络药理学的鼻渊通窍颗粒治疗过敏性鼻炎的分子机制研究[J].世界中医药,2022,17(12):1658-1665.

[18] 毕伟博,崔红生,陈秋仪,等.苍耳桑梅方治疗过敏性鼻炎-哮喘综合征临床疗效评价[J].中华中医药杂志,2022,37(2):1167-1170.

[19] 狄冠麟,朱振刚,熊桅,等.中医药治疗过敏性鼻炎研究进展[J].河南中医,2022,42(2):314-318.

[20] 许冬玉,孙麦青,焦晓敏,等.基于网络药理学研究补气类中药治疗过敏性鼻炎的作用机制[J].中华中医药学刊,2021,39(3):102-104;266.

[21] 何俊辰,王绍瑜,王中江,等.单味中药抗 I 型变态反应研究进展[J].中成药,2021,43(5):1259-1264.

[22] 罗齐平,刘秋燕,胡伟妮,等.玉屏风颗粒联合天灸疗法治疗脾肺气虚型小儿过敏性鼻炎的临床疗效[J].世界中医药,2021,16(7):1109-1112;1117.

[23] 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.