中药代茶饮联合穴位贴敷治疗变应性鼻炎肺气虚寒证临床研究

林友宝，上官郑玉，叶一骏，李奇伟，朱雪琼

温州市人民医院，浙江 温州 325000

［摘要］**目的：**观察中药代茶饮联合穴位贴敷治疗变应性鼻炎（AR）肺气虚寒证的临床疗效。**方法：**选取2022年7月—2023年6月在温州市人民医院治疗158例AR肺气虚寒证患者，使用随机数字表法分为观察组与对照组各79例。2组均予鼻腔冲洗及糠酸莫米松鼻部喷雾剂喷鼻治疗，对照组在此基础上加用穴位贴敷治疗，观察组在对照组基础上加用中药代茶饮治疗。2组均治疗50天。比较2组临床疗效、中医证候积分、鼻结膜炎生活质量调查问卷（RQLQ）评分、炎症因子［白细胞介素-4（IL-4）、白细胞介素-8（IL-8）、干扰素-γ（IFN-γ）］水平、复发次数及不良反应发生率。**结果：**治疗后，总有效率观察组89.87%（71/79），高于对照组78.48%（62/79），差异有统计学意义（$P<0.05$）。2组中医证候积分、RQLQ评分均较治疗前降低，观察组中医证候积分、RQLQ评分均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组IL-4、IL-8水平均较治疗前降低，IFN-γ水平均较治疗前升高，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；观察组IL-4、IL-8水平均低于对照组，IFN-γ水平高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后随访1年，复发次数观察组（0.86±0.73）次，少于对照组（1.75±0.71）次，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗过程中，不良反应发生率观察组2.54%（2/79），对照组1.27%（1/79），2组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**中药代茶饮联合穴位贴敷治疗AR肺气虚寒证可提高临床疗效，缓解中医证候，抑制炎症反应，提高生活质量，减少复发次数。

［关键词］变应性鼻炎；肺气虚寒证；中药代茶饮；穴位贴敷；炎症因子；生活质量；复发
［中图分类号］R276.1 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）10-0065-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.10.012

Clinical Study on Chinese Herbal Tea Combined with Acupoint Application for Allergic Rhinitis with Lung Qi Deficiency-Cold Syndrome

LIN Youbao, SHANGGUAN Zhengyu, YE Yijun, LI Qiwei, ZHU Xueqiong

Wenzhou People's Hospital, Wenzhou Zhejiang 325000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Chinese herbal tea combined with acupoint application on allergic rhinitis (AR) with lung qi deficiency-cold syndrome. **Methods:** A total of 158 cases of AR patients with lung qi deficiency-cold syndrome, treated at Wenzhou People's Hospital from July 2022 to June 2023, were selected and divided into the observation group and the control group according to the random number table method, with 79 cases in each group. Both groups received nasal irrigation and Mometasone Furoate Nasal Spray treatment; the control group was additionally treated with acupoint application, and the observation group was additionally treated with Chinese herbal tea in addition to the treatments given to the control group. Both groups were treated for 50 days. The clinical effects, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ) scores, levels of inflammatory factors [interleukin-4 (IL-4), interleukin-8 (IL-8), interferon-γ (IFN-γ)], recurrence rates, and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After treatment,

［收稿日期］2024-12-20
［修回日期］2025-02-11
［基金项目］温州市科技局项目（Y20220850）
［作者简介］林友宝（1990-），男，硕士，主治中医师，E-mail：929367157@qq.com。

the total effective rate was 89.87%（71/79）in the observation group，higher than 78.48%（62/79）in the control group，with a significant difference（$P<0.05$）. TCM syndrome scores and RQLQ scores in the two groups were decreased compared to before treatment，and the scores in the observation group were lower than those in the control group，differences being significant（$P<0.05$）. The levels of IL-4 and IL-8 in the two groups were decreased when compared with those before treatment and the levels of IFN-γ were increased，differences being significant（$P<0.05$）；the observation group had lower levels of IL-4 and IL-8 and higher IFN-γ level compared to the control group，differences being significant（$P<0.05$）. During a one-year follow-up after treatment，the recurrences in the observation group（0.86±0.73）was lower than that in the control group（1.75±0.71），with a significant difference（$P<0.05$）. During the treatment，the incidence of adverse reactions was 2.54%（2/79）in the observation group and 1.27%（1/79）in the control group，with no significant difference between the two groups（$P>0.05$）. **Conclusion**：The combination of Chinese herbal tea and acupoint application in the treatment of AR with lung qi deficiency-cold syndrome can improve the clinical effect，alleviate TCM syndromes，inhibit inflammatory responses，enhance quality of life，and reduce recurrences.

Keywords：Allergic rhinitis；Lung qi deficiency-cold syndrome；Chinese herbal tea；Acupoint application；Inflammatory factors；Quality of life；Recurrence

变应性鼻炎（AR）是个体接触变应原刺激引起的，由免疫球蛋白E（IgE）介导的鼻黏膜炎症性疾病，是一种长期反复发作性疾病[1]。AR发病与呼吸道疾病、气候变化等具有明显相关性。目前现代医学治疗AR的方法包括药物治疗、变应原特异性免疫疗法等，虽能改善临床症状，但患者再次接触过敏原时还会发病，生活中的部分过敏原亦无法完全避免接触，AR总体治疗效果并不能满足实际需要[2]。AR归属于中医学鼻鼽、鼽嚏范畴。中医学认为，本病主要因肺、脾、肾脏亏虚和外邪侵袭所致[3-4]。穴位贴敷是中医治疗AR相关指南中推荐的方法，具有扶正祛邪的功效，可改善患者的临床症状[5]。AR患者即便未发病也存在持续的轻度炎症反应，每次复发均有明显的诱因，通常由过敏原、呼吸道感染、气候变化等引起，这与中医的伏邪具有一致性。伏邪即为病邪潜伏于体内，邪气内伏，但未超出正气调节范围，在六淫邪气，或情志不畅、饮食不节等因素作用下触动而发，或引发他病[6-7]。由此可见，关于AR的治疗不能仅关注发病时的症状，在未发病时或病变症状消失后仍需提高警惕，即做到“未病先防，瘥后防复”。中药代茶饮是中医药食同源的特色疗法，通过长期代茶饮可改善偏颇体质，提高机体免疫力[8-9]。本研究观察中药代茶饮联合穴位贴敷治疗AR肺气虚寒证的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中国变应性鼻炎诊断和治疗指南（2022年，修订版）》[1]诊断。具有阵发性喷嚏、清水样涕、鼻痒、鼻塞等症状中的2个及以上，每天症状持续存在超过1 h，部分患者伴有眼痒、流泪、眼红等症状；鼻腔黏膜苍白、水肿，有水样分泌物；至少1种过敏原皮肤点刺试验和（或）血清特异性IgE阳性，或激发试验阳性。

1.2 辨证标准 参照《变应性鼻炎的中西医结合诊疗方案》[10]中的肺气虚寒证辨证。症见鼻痒，鼻塞，喷嚏频频，流清稀涕，嗅觉减退，气短音低，倦怠懒言，咳嗽痰稀，舌淡红、苔薄白，脉虚弱。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；年龄≥18岁；患者对研究内容知情，签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并其他鼻部疾病者；合并鼻中隔偏曲、鼻腔狭窄等鼻部解剖结构异常者；合并严重内科疾病、精神疾病或恶性肿瘤者；妊娠或哺乳期女性；穴位处有皮损或瘢痕体质者；对本研究所用药物或穴位贴敷敷料过敏者。

1.5 剔除标准 治疗过程中突发其他疾病者；未经允许擅自使用其他可能影响疗效判定的药物者；治疗依从性差者。

1.6 一般资料 选取2022年7月—2023年6月在温州市人民医院中医科、针灸推拿科治疗158例AR肺气虚寒证患者，使用随机数字表法分为观察组和对照组各79例。观察组男35例，女44例；平均年龄(32.41±9.87)岁；平均病程(7.56±5.02)年。对照组男30例，女49例；平均年龄(33.84±8.93)岁；平均病程(8.19±4.29)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。本研究经温州市人民医院医学伦理委员会审核通过(伦理批件号：KY-2022-067号)。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 鼻腔冲洗。在鼻腔冲洗器中加入40 ℃的0.9%氯化钠溶液500 mL，每天冲洗鼻腔2次。冲洗鼻腔后，采用糠酸莫米松鼻部喷雾剂(Organon Heist bv，国药准字HJ20140100)喷鼻，每侧鼻孔50 μg，每天1次，症状缓解后，减至每侧鼻孔25 μg，每天1次，症状消失后停药。

2.2 对照组 在鼻腔冲洗和糠酸莫米松鼻部喷雾剂喷鼻基础上给予穴位贴敷治疗。取白芥子、细辛各10 g，延胡索、甘遂、麻黄、黄芪、肉桂、白芷、辛夷各5 g，打碎并碾磨成粉，使用生姜汁调成较干稠的膏状。取肺俞(双侧)、大椎、列缺(双侧)、合谷(双侧)、曲池(双侧)、血海(双侧)，穴位处常规消毒，将药膏制作成厚0.5 cm、直径2 cm的药饼，放置于上述穴位，使用医用胶带固定，每天贴敷4～6 h，每10天贴敷1次，治疗5次。

2.3 观察组 在对照组基础上给予中药代茶饮治疗。处方：徐长卿、苍耳子、辛夷各9 g，麻黄、蝉蜕、僵蚕、茯苓、黄芪、川芎、白芷、路路通、甘草、广藿香、桑白皮各6 g，细辛、厚朴、陈皮各3 g。均打碎并磨成粉，混合均匀后取药粉20 g装入茶包袋中，每次1包，加500 mL水，用茶壶煎煮15 min，分2次服，治疗50天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。治疗50天后随访3个月评价疗效。②中医证候积分。治疗前、治疗50天后，参考文献[11]拟定中医证候计分方法，纳入鼻痒、鼻塞、喷嚏频频、流清稀涕、嗅觉减退、气短音低、倦怠懒言、咳嗽痰稀等8项中医证候，采用4级评分法，0分为无症状，1分为轻度症状，2分为中度症状，3分为重度症状，中医证候积分为各项积分之和。③生活质量。治疗前、治疗50天后，使用鼻结膜炎生活质量调查问卷(RQLQ)评估生活质量，RQLQ包括活动、睡眠、非鼻/眼部症状、实际问题、鼻部症状、眼部症状和情感问题等7个维度、28个问题，每个问题0～6分，总分0～168分，分值越高表示生活质量越低。④炎症因子。治疗前、治疗50天后，采集患者肘静脉血5 mL，采用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-8(IL-8)、干扰素-γ(IFN-γ)水平。⑤复发次数。治疗50天后随访1年，记录2组临床治愈、好转患者AR复发次数。⑥不良反应。记录皮肤过敏、皮肤瘙痒、皮肤红肿、胃部灼热、反酸、腹泻等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS25.0统计学软件分析数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组内治疗前后比较采用配对样本t检验，组间比较采用独立样本t检验。计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[11]拟定疗效标准。临床治愈：鼻部症状及体征完全消失，3个月内无复发；好转：鼻部症状及体征有所改善，3个月内复发次数较治疗前减少；未愈：未达到上述标准。总有效率=(临床治愈例数+好转例数)/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，总有效率观察组89.87%(71/79)，高于对照组78.48%(62/79)，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	临床治愈	好转	未愈	总有效
观察组	79	40(50.63)	31(39.24)	8(10.13)	71(89.87)①
对照组	79	35(44.30)	27(34.18)	17(21.52)	62(78.48)
χ^2值					3.849
P值					0.049

注：①与对照组比较，$P<0.05$。

4.3 2组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前，2组中医证候积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组中医证候积分均较治疗前降低，观察组中医证候积分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后RQLQ评分比较 见表3。治疗前，2组RQLQ评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组RQLQ评分均较治疗前降低，观

察组RQLQ评分低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

4.5 2组治疗前后炎症因子水平比较 见表4。治疗前，2组IL-4、IL-8、IFN-γ水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组IL-4、IL-8水平均较治疗前降低，IFN-γ水平均较治疗前升高，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；观察组IL-4、IL-8水平均低于对照组，IFN-γ水平高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表2 2组治疗前后中医证候积分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组 别	例数	治疗前	治疗后
观察组	79	17.83±2.23	5.52±1.40①
对照组	79	18.02±2.20	8.95±1.36①
t值		0.539	15.620
P值		0.295	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表3 2组治疗前后RQLQ评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组 别	例数	治疗前	治疗后
观察组	79	100.66±10.39	23.26±5.97①
对照组	79	102.38±10.14	41.70±6.14①
t值		1.053	19.138
P值		0.147	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表4 2组治疗前后炎症因子水平比较（$\bar{x}\pm s$） ng/mL

组 别	例数	IL-4		IL-8		IFN-γ	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	79	26.25±3.56	15.19±3.50①	55.71±5.59	20.27±4.48①	10.39±2.56	18.37±2.68①
对照组	79	26.32±3.64	20.41±3.48①	55.52±5.60	29.94±4.52①	10.48±2.61	15.63±2.77①
t值		0.122	9.400	0.213	13.505	0.219	6.319
P值		0.903	<0.001	0.831	<0.001	0.827	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.6 2组复发次数比较 治疗后随访1年，复发次数观察组（0.86±0.73）次，少于对照组（1.75±0.71）次，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

4.7 2组不良反应发生率比较 见表5。治疗过程中，不良反应发生率观察组2.54%，对照组1.27%，2组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表5 2组不良反应发生率比较 例（%）

组 别	例数	胃部灼热	反酸	腹泻	皮肤过敏	皮肤瘙痒	皮肤红肿	总发生
观察组	79	1(1.27)	0	0	0	1(1.27)	0	2(2.54)
对照组	79	0	0	0	0	1(1.27)	0	1(1.27)

5 讨论

鼻部使用的糖皮质激素是西医治疗AR的一线药物，糠酸莫米松为强效糖皮质激素，具有明显的抗炎、抗过敏作用，直接作用于鼻部，可提高药物吸收效果，降低鼻部黏附分子水平，抑制炎症介质释放，鼻腔冲洗可有效清除鼻腔内分泌物，祛除鼻腔内过敏原，清洗后使用药物喷鼻，可提高局部药物浓度，快速改善临床症状，是当前治疗AR的基础方案[12]。上述基础治疗虽能有效改善鼻部症状，但无法逆转发病机制，患者仍有较高的复发风险。

AR为本虚标实之证，结合其临床发病特征，AR患者并不一直处于疾病急性期，在未接触诱发因素时，其并无临床症状，或即便接触诱发因素，若机体正气较强，临床症状亦较轻，其病变特点与中医伏邪致病基本一致。伏邪致病特点具有“空间性”，即伏藏于体内脏腑；“时间性”，即不即时发病；“自我积聚性”，即邪气伏藏于体内逐渐积聚到一定程度而待机发病；“潜证导向性”，即邪伏体内但无临床表现等特点，给临床辨证治疗带来一定难度，这也是AR反复发作、难以治愈的根源所在。肺气虚，患者更易被风寒侵袭，且外邪侵袭后因肺气虚而无力祛邪外出，导致外邪内伏，长期滞留体内，加重脏腑亏虚，肺气不足，则卫外不固。若患者受到过敏原或风寒之邪侵袭，可诱发体内之风寒伏邪，导致邪盛正虚，加重肺气不宣，则肺气上逆，而肺开窍于鼻，故临床出现鼻塞、鼻痒、喷嚏频频等症状[13-14]。

根据AR的发病机制和临床特点，中医认为治疗当顾护机体正气，祛除内伏邪气，方能降低AR的复

发率，甚至达到临床治愈。观察组在常规治疗基础上加用中药代茶饮联合穴位贴敷。穴位贴敷现多用于防治支气管哮喘、变应性鼻炎等[15-16]。贴敷方中麻黄行表以开泄皮毛，逐邪于外，细辛善走窜，通彻表里，既可助麻黄解表，又可鼓动肾中阳气，二药合用既可祛外感风寒之邪，又能维护在里之阳气。黄芪补肺固表，肉桂温里散寒。长期肺气虚，必将导致血行无力，痰湿内阻，故加延胡索活血行气，白芥子散风寒、化痰瘀、通鼻窍，甘遂泻水逐饮，加白芷、辛夷散风寒、通鼻窍。全方合用，补中有散，调和内外，使肺卫固护，鼻窍宣通。药理学研究表明，白芥子挥发油能促进方中延胡索乙素、细辛脂素、盐酸麻黄碱等有效成分透皮吸收，起到治疗与促进药物渗透的双重作用[17]。AR病机根本在肺，肺俞为肺脏背俞穴，可补虚润肺；大椎具有补肺益气、祛除寒邪之功效；合谷、列缺合用属原络配穴法，具有祛邪宣肺之功效。长期肺气亏虚必然导致血行不畅，加用曲池、血海可调和气血。

中药茶包由自拟鼻鼽方组成，方中麻黄、苍耳子、辛夷散风寒、通鼻窍；川芎、徐长卿活血化瘀祛风；蝉蜕、僵蚕、路路通透伏风；广藿香、厚朴、陈皮理气化湿；茯苓、细辛利水通窍；黄芪益气固表；白芷散寒通窍；桑白皮利水消肿；甘草健脾益气、调和诸药。全方合用，意在祛风透邪。代茶饮起源于《伤寒杂病论》中的煮散剂，其饮片碾成粗颗粒，增加了饮片与水的接触面积，有利于有效成分煎出。药理学研究显示，黄芪多糖可通过调节Th1/Th2免疫平衡，抑制AR实验大鼠鼻黏膜炎性症状[18]。苍耳子有效成分可通过抑制PI3K受体、缺氧诱导因子-1α(HIF-1α)蛋白的表达，调节多条炎症信号通路，发挥治疗AR的作用[19]。辛夷-苍耳子药对主要成分芦荟大黄素、豆甾醇等可通过调节炎症介质通路，发挥治疗AR的作用[20]。广藿香有效成分广藿香油能降低AR实验大鼠血清IgE和鼻部分泌物中嗜酸性粒细胞水平，改善鼻黏膜形态；广藿香酮可抑制组织液渗出，具有抗炎消肿作用[21]。将代茶饮与穴位贴敷联合，穴位贴敷扶助正气，压制内伏之邪，中药代茶饮祛风散寒，防止外邪诱发伏邪，起到相辅相成的效果。

本研究结果显示，观察组总有效率比对照组更高，中医证候积分比对照组更低，提示中药代茶饮联合穴位贴敷可提高AR肺气虚寒证的治疗效果，缓解临床症状。RQLQ是当前临床用于评价AR患者生活质量的常用量表，具有较高的信度和效度[22]。本研究结果显示，观察组RQLQ评分低于对照组，提示将中药代茶饮与穴位贴敷联合应用，在提高AR患者生活质量方面更具优势。AR病情程度与炎症反应存在明显相关性，其中IFN-γ可对抗免疫反应，抑制炎性因子释放；IL-4、IL-8可促进炎性浸润，加重鼻部症状，患者接触变应原后，产生免疫应答可选择性激活Th细胞，产生IL-4、IL-8，抑制IFN-γ[23-24]。本研究结果显示，观察组IFN-γ水平高于对照组，IL-4、IL-8水平均低于对照组，提示中药代茶饮联合穴位贴敷治疗AR肺气虚寒证具有抑制炎症反应的作用。反复发作是AR的主要特征之一，观察组复发次数少于对照组，提示中药代茶饮联合穴位贴敷治疗AR肺气虚寒证疗效稳定。治疗安全性方面，2组仅个别患者有胃部灼热、皮肤瘙痒等症状，考虑与代茶饮温度控制不适宜、单次穴位贴敷时间过长有关。

综上，运用中药代茶饮联合穴位贴敷治疗AR肺气虚寒证可提高临床疗效，改善中医证候和生活质量，减少复发次数，其作用机制可能与抑制炎症反应有关，值得临床推广与应用。

[参考文献]

[1] 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.

[2] 谭国林. 难治性变应性鼻炎的外科治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志，2016，22(1)：1-4.

[3] 李洁旋，阮岩，邱宝珊. 基于“肺-脾-肾”轴浅析变应性鼻炎的病机及治法[J]. 四川中医，2018，36(5)：34-36.

[4] 裴玉荟，樊长征，张文江，等. 略论中医古文献对变应性鼻炎的认识[J]. 国医论坛，2014，29(6)：47-48.

[5] 世界中医药学会联合会. 国际中医临床实践指南变应性鼻炎(SCM 80-2024)[S]. 北京：世界中医药学会联合会，2024.

[6] 朱子钰，赵霞，潘青云. 从伏邪辨治变应性鼻炎[J]. 江苏中医药，2022，54(8)：9-13.

[7] 韩雅琦，王仁忠. 从“伏邪”学说论治变应性鼻炎最轻持续炎症状态[J]. 江西中医药，2023，54(2)：14-16.

[8] 康小月，薛伟杭，余蓉，等. “药食同源”背景下中药代茶饮研究进展的知识图谱可视化分析[J]. 中国医药科学，2024，14(5)：89-93.

[9] 李朝晖，李金融，任颖，等. 基于网络药理学和动物试验研究守正代茶饮增强免疫功能的潜在作用机制[J]. 成都中医药大学学报，2024，47(4)：14-23.
[10] 段颖，屈静，高寅丽，等. 变应性鼻炎的中西医结合诊疗方案[J]. 北京中医药，2024，43(2)：128-132.
[11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002.
[12] 谷康柱. 鼻腔冲洗联合糠酸莫米松鼻喷雾剂治疗变应性鼻炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践，2024，9(10)：65-68.
[13] 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.
[14] 赵明芬，安冬青，汪建萍. 试论伏邪理论的源流及发展[J]. 中医杂志，2016，57(3)：189-192.
[15] 张红丽，赵铭辉，胡烨涛，等. “三伏天”穴位贴敷治疗变应性鼻炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志，2017，36(5)：588-593.
[16] 沈孝波. 伏气理论指导冬病夏治临床的理论探讨[J]. 内蒙古中医药，2021，40(12)：131-132.
[17] 孙新茹，董云鹏，李鑫蕊，等. 白芥子穴位贴敷治疗呼吸系统疾病的临床应用研究进展[J]. 中成药，2024，46(7)：2302-2309.
[18] 许江涛，张丽娟，谢淑莹，等. 黄芪多糖对变应性鼻炎大鼠Th1/Th2免疫平衡的影响[J]. 时珍国医国药，2020，31(11)：2613-2616.
[19] 李丹. 基于网络药理学的苍耳子“通鼻窍”活性部位的作用机理研究[D]. 合肥：安徽中医药大学，2022.
[20] 张璐，赵菲，刘珍珍，等. 基于网络药理学的辛夷-苍耳子药对治疗变应性鼻炎作用机制探讨[J]. 陕西中医药大学学报，2021，44(6)：73-83.
[21] 何景进. 广藿香油和广藿香酮的抗炎抗过敏和免疫调节作用研究[D]. 广州：广州中医药大学，2013.
[22] 罗秋兰. 鼻结膜炎生存质量量表中文版本的临床应用及评价[D]. 广州：广州中医药大学，2008.
[23] 何璐宏，陈檬，张佳琦. 变应性鼻炎发病流行病学特征及与血清IFN-γ及IL-4水平的相关性分析[J]. 公共卫生与预防医学，2023，34(1)：113-116.
[24] 滕立春. 补中益气汤联合氯雷他定对变应性鼻炎患者鼻部症状及血清IL-4、IL-8、IFN-γ水平的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志，2020，4(22)：63-65.

（责任编辑：刘迪成）