# 加味过敏煎联合穴位贴敷治疗咳嗽变异性哮喘风邪犯肺证临床研究

戴乐凤[1]，毕华剑[1]，王莉[2]

1. 长兴县中医院呼吸与危重症医学科，浙江 长兴 313100
2. 长兴县中医院中药房，浙江 长兴 313100

［摘要］**目的：**观察加味过敏煎联合穴位贴敷治疗咳嗽变异性哮喘（CVA）风邪犯肺证的临床疗效。**方法：**选取2024年1月—2025年6月长兴县中医院收治的80例CVA患者，按随机数字表法分为对照组和观察组各40例。最终观察组完成试验38例（剔除1例，脱落1例），对照组完成试验37例（剔除2例，脱落1例）。对照组给予常规西药治疗，观察组在对照组基础上给予加味过敏煎联合穴位贴敷治疗，2组均治疗2周。评价2组临床疗效，比较2组中医证候评分、肺功能指标［第1秒用力呼气量（$FEV_1$）、用力肺活量（FVC）、最大呼气流速（PEF）］、气道高反应性指标［嗜酸性粒细胞（EOS）、呼出气一氧化氮（FeNO）、血清免疫球蛋白-E（IgE）］，并评估治疗安全性。**结果：**观察组总有效率为94.74%（36/38），高于对照组78.38%（29/37）（$P<0.05$）。治疗后，2组各项症状评分及总分较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组各项症状评分及总分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组$FEV_1$、FVC、PEF水平较治疗前提高（$P<0.05$），且观察组$FEV_1$、FVC、PEF水平高于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组EOS、IgE、FeNO水平较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组EOS、IgE、FeNO水平低于对照组（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**加味过敏煎联合穴位贴敷治疗CVA患者疗效显著，可有效缓解患者临床症状，改善肺功能，减轻气道高反应性，且不良反应少。

［关键词］咳嗽变异性哮喘；风邪犯肺证；加味过敏煎；穴位贴敷；中医证候评分；肺功能；气道高反应性

［中图分类号］R256.12；R562.2+5　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2026）09-0042-08

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.09.007

## Clinical Study on Modified Guomin Decoction Combined with Acupoint Application for Cough Variant Asthma with Pathogenic Wind Invading Lung Syndrome

*DAI Lefeng*[1], *BI Huajian*[1], *WANG Li*[2]

1. Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Changxing County Traditional Chinese Medicine Hospital, Changxing Zhejiang 313100, China; 2. Pharmacy of Chinese Medicine, Changxing County Traditional Chinese Medicine Hospital, Changxing Zhejiang 313100, China

**Abstract: Objective:** To observe the clinical effect of modified Guomin Decoction combined with acupoint application for cough variant asthma (CVA) with pathogenic wind invading lung syndrome. **Methods:** A total of 80 CVA patients admitted to Changxing County Traditional Chinese Medicine Hospital from January 2024 to June 2025 were selected and divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 40 cases in each group. Finally, there were 38 cases in the observation group completed the trial(1 case excluded, 1 case dropped out), and there were 37 cases in the control group completed the trial(2 cases excluded, 1 case

［收稿日期］2025-09-25
［修回日期］2026-02-02
［基金项目］浙江省中医药科技计划项目（2024ZL1040）
［作者简介］戴乐凤（1983-），女，副主任中医师。
［通信作者］王莉（1984-），女，副主任中药师。

dropped out). The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was additionally treated with modified Guomin Decoction combined with acupoint application based on the treatment in the control group. Both groups were treated for two weeks. The clinical efficacy of the two groups was evaluated. The traditional Chinese medicine syndrome scores, lung function indexes [forced expiratory volume in one second ($FEV_1$), forced vital capacity (FVC), peak expiratory flow rate (PEF)], airway hyperresponsiveness indexes [eosinophils (EOS), fractional exhaled nitric oxide (FeNO), serum immunoglobulin-E (IgE)] were compared between the two groups, and the treatment safety was evaluated. **Results**: The total effective rate was 94.74% (36/38) in the observation group, higher than that of 78.38% (29/37) in the control group ($P<0.05$). After treatment, the symptom scores and total scores of traditional Chinese medicine syndrome in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the symptom scores and total scores of traditional Chinese medicine syndrome in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of $FEV_1$, FVC, and PEF in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the levels of $FEV_1$, FVC, and PEF in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of EOS, IgE, and FeNO in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the levels of EOS, IgE, and FeNO in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: The combination use of modified Guomin Decoction and acupoint application has a significant curative effect on CVA patients, which can effectively alleviate the clinical symptoms of patients, improve lung function, and reduce airway hyperresponsiveness with fewer adverse reactions.

**Keywords**: Cough variant asthma; Pathogenic wind invading lung syndrome; Modified Guomin Decoction; Acupoint application; Traditional Chinese medicine syndrome scores; Lung function; Airway hyperresponsiveness

咳嗽变异性哮喘(CVA)是特殊类型的支气管哮喘，临床以慢性咳嗽为主要表现，可伴有持续性干咳、咽喉发痒等症状，虽不伴有胸闷、喘息等典型哮喘症状，但存在慢性气道炎症及气道高反应性，因病情迁延不愈，咳嗽易反复发作，严重影响患者生活质量[1]。目前，西医治疗本病以对症治疗缓解症状为主，但治疗周期长，易产生耐药性，停药后病情易反复[2]。CVA属于中医学咳嗽、喘证等范畴，中医认为本病以风邪袭肺、肺失宣降、气道挛急为核心病机，其中风邪是关键因素。因风邪外袭，致肺失宣降，久则耗伤肺气，津停成痰，痰阻气机，引发咳嗽，治疗应从风论治，遵循疏风宣肺、化痰止咳的治疗思路[3]。本研究内服主要采用加味过敏煎，该方最早由祝谌予教授提出，具有益气固表、散风祛湿功效，在原方基础上加用止咳化痰、宣降肺气药物，可有效治疗CVA风邪犯肺证。穴位贴敷是通过将特制中药制剂贴敷于人体特定腧穴，借助药物透皮吸收和穴位刺激的双重作用，达到防治疾病的目的[4]。本研究基于风邪理论，采用加味过敏煎联合穴位贴敷治疗CVA风邪犯肺证，报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参考《咳嗽的诊断与治疗指南(2021)》[5]中CVA的诊断标准。①慢性咳嗽时间≥4周，呈迁延性；②以干咳为主，夜间或凌晨加重，无喘息、气促等典型哮喘表现；

③支气管激发试验阳性或支气管舒张试验阳性；④无感染表现且抗生素治疗无效；⑤哮喘药物试验性治疗有效；⑥呼出气一氧化氮（FeNO）升高；⑦排除其他原因引起的慢性咳嗽。

**1.2　辨证标准**　参考《中医内科学》[6]中风邪犯肺证的辨证标准。主症：咳嗽阵作、夜间加剧；次症：无痰或少痰、咽痛、咽痒、鼻塞；舌脉象：舌质红、苔薄白，脉浮或弦紧。需具备全部主症，至少2项次症，结合舌脉即可辨为此证。

**1.3　纳入标准**　符合诊断及辨证标准；年龄≥18岁；能配合完成临床试验者；未参加其他临床试验者；患者签署研究知情同意书。

**1.4　排除标准**　有慢性呼吸系统疾病史，如慢性支气管炎、慢性咽炎、过敏性咳嗽患者；合并心肺功能不全，如肺心病、呼吸衰竭患者；有心、脑、肝、肾等重要脏器或造血系统严重原发性疾病者；特殊高风险人群，如妊娠期妇女、过敏体质者或有相关药物过敏史者；因精神疾患等原因无法配合研究或拒绝接受研究方案者。

**1.5　剔除与脱落标准**　个人原因自行退出研究者；治疗依从性差者；试验期间违背方案自行换药者；中途失访者。

**1.6　一般资料**　选取2024年1月—2025年6月长兴县中医院收治的80例CVA患者，按随机数字表法分为对照组和观察组各40例。观察组最终完成研究38例（治疗依从性差剔除1例，中途失访脱落1例），对照组完成研究37例（个人原因自行退出研究剔除1例，违背方案自行换药剔除1例，中途失访脱落1例）。观察组男21例，女17例；年龄18～66岁，平均（42.57±11.36）岁；病程5～12周，平均（8.25±2.14）周；咳嗽程度：轻度9例，中度17例，重度12例。对照组男19例，女18例；年龄20～65岁，平均（43.08±10.95）岁；病程4～10周，平均（7.64±2.08）周；咳嗽程度：轻度8例，中度15例，重度14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。本研究经长兴县中医院伦理委员会批准（2023-069-01）。

## 2　治疗方法

**2.1　对照组**　给予常规西药治疗，即遵循《咳嗽的诊断与指南（2021）》[5]推荐的治疗方案进行治疗。吸入用布地奈德混悬液（AstraZeneca Pty Ltd，国药准字HJ20140475）1 mg、硫酸特布他林雾化吸入用溶液（南京恒道医药科技股份有限公司，国药准字H20223363）5 mg、吸入用异丙托溴铵溶液（河北仁合益康药业有限公司，国药准字H20213362）0.5 mg联合雾化吸入，每天2次；睡前口服富马酸酮替芬分散片（山东绿因药业有限公司，国药准字H20050444），每天1次，每次1 mg；睡前服用孟鲁司特钠片（上海安必生制药技术有限公司，国药准字H20183239），每天1次，每次10 mg。共治疗2周。

**2.2　观察组**　在对照组基础上给予加味过敏煎联合穴位敷贴治疗。①加味过敏煎处方：防风10 g，银柴胡10 g，乌梅5 g，五味子5 g，蜜紫菀10 g，蜜百部10 g，桔梗6 g，炒枳壳6 g，炒僵蚕10 g，炙甘草5 g。中药由长兴县中医院中药房将2周的中药剂量经过2～3次浓煎并加热浓缩得到较黏稠的液体状膏剂，分装成小袋，每袋15 mL，每次1袋，每天2次，开水冲服或加热后直接入口吞服，共服用2周。②穴位贴敷疗法：选取白芥子18 g，甘遂18 g，细辛3 g，延胡索10 g，将4味药研磨后以生姜汁与甘油调和制成膏剂，将药膏制成药饼，直径为15 mm，贴敷穴位选择足三里（双侧）、肺俞（双侧）、膻中及定喘穴（双侧）。每天敷贴1次，每次4 h。共治疗2周。

## 3　观察指标与统计学方法

**3.1　观察指标**　①临床疗效。治疗2周后评估。②中医证候评分。治疗前、治疗2周后对风邪犯肺证进行量化分级评分，将主症（咳嗽阵作、夜间加剧）按症状无、轻度、中度、重度分别计0、2、4、6分，次症（无痰或少痰、咽痛、咽痒、鼻塞）按症状无、轻度、中度、重度分别计0、1、2、3分，舌脉象只记录不评分。总分为各项症状评分之和，满分24分，评分越高则症状越严重。③肺功能指标。治疗前、治疗2周后采用肺功能测试系统（Jaeger耶格，型号：MasterScreen）监测患者肺功能指标，包括用力肺活量（FVC）、第1秒用力呼气容量（$FEV_1$）及最大呼气流速（PEF）。④气道高反应性指标。治疗前、治疗2周后取患者晨起空腹肘静脉血5 mL，备2份，1份血液样本以化学发光法（试剂盒购自罗氏公司）测定血清免疫球蛋白-E（IgE）水平，取另1份血液样本以全自动血细胞分析仪（制造商sysmex，型号：XN-10）测定EOS水平；以纳库伦呼气分析仪（仪器购自无锡市尚沃医疗电子股份有限公司，型号：Sunvou-CA2122）测定FeNO值。⑤不良反应。治疗期间监测患者生命体征（体温、血压、心率）及常规实验室指标（血、尿、便常规），定期评估肝肾功能和心电图，并记录药物不良反应（口干、嗜睡、恶心呕吐、皮疹等）。

**3.2　统计学方法**　采用SPSS20.0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$\chi^2$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**　参考《中医病证诊断疗效标准》[7]制定疗效标准。临床控制：咳嗽等症状消失，中医证候积分减少率≥95%；显效：咳嗽等症状显著改善，70%≤中医证候积分减少率＜95%；有效：咳嗽等症状有所缓解，30%≤中医证候积分减少率＜70%；无效：咳嗽等症状无改善或加重，中医证候积分减少率＜30%。中医证候积分减少率（计算公式参照尼莫地平法）=（治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分）/治疗前中医证候积分×100%。总有效率=（临床控制+显效+有效）例数/总例数×100%。

**4.2　2组临床疗效比较**　见表1。观察组总有效率为94.74%，高于对照组78.38%（$P<0.05$）。

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 | 37 | 9（24.32） | 10（27.03） | 10（27.03） | 8（21.62） | 29（78.38） |
| 观察组 | 38 | 13（34.21） | 15（39.47） | 8（21.05） | 2（5.26） | 36（94.74） |
| $\chi^2$值 | | | | | | 4.341 |
| $P$值 | | | | | | 0.037 |

**4.3　2组治疗前后中医证候评分比较**　见表2。治疗前，2组咳嗽阵作、夜间加剧、无痰或少痰、咽痛、咽痒、鼻塞评分及总分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组各项症状评分及总分较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组各项症状评分及总分低于对照组（$P<0.05$）。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

| 症　状 | 对照组（例数=37） | | 观察组（例数=38） | |
|---|---|---|---|---|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 咳嗽阵作 | 4.35±1.22 | 2.86±0.77① | 4.21±1.14 | 2.04±0.68①② |
| 夜间加剧 | 3.55±1.06 | 1.78±0.52① | 3.60±1.12 | 1.23±0.40①② |
| 无痰或少痰 | 1.20±0.31 | 0.87±0.20① | 1.24±0.35 | 0.63±0.15①② |
| 咽痛 | 2.00±0.45 | 1.33±0.36① | 2.02±0.48 | 1.06±0.30①② |
| 咽痒 | 1.96±0.40 | 1.20±0.34① | 1.87±0.35 | 0.98±0.26①② |
| 鼻塞 | 1.04±0.33 | 0.78±0.20① | 1.10±0.28 | 0.52±0.13①② |
| 总分 | 14.10±4.12 | 8.82±2.25① | 14.22±3.95 | 6.46±2.11①② |

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组治疗前后肺功能指标比较**　见表3。治疗前，2组$FEV_1$、FVC、PEF水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组$FEV_1$、FVC、PEF水平较治疗前提高（$P<0.05$），且观察组$FEV_1$、FVC、PEF水平高于对照组（$P<0.05$）。

**4.5　2组治疗前后气道高反应性指标比较**　见表4。治疗前，2组EOS、IgE、FeNO水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组EOS、IgE、FeNO水平较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组EOS、IgE、FeNO水平低于对照组（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后肺功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）

| 组　别 | 例数 | $FEV_1$（L） | | FVC（L） | | PEF（L/s） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 37 | 2.25±0.48 | 3.56±0.51① | 2.43±0.52 | 4.30±0.57① | 7.30±1.25 | 8.04±2.11① |
| 观察组 | 38 | 2.36±0.55 | 4.28±0.60① | 2.51±0.58 | 5.05±0.64① | 7.86±1.54 | 9.72±2.05① |
| $t$值 | | 0.922 | 5.592 | 0.628 | 5.354 | 1.726 | 3.497 |
| $P$值 | | 0.360 | <0.001 | 0.532 | <0.001 | 0.089 | 0.001 |

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表4　2组治疗前后气道高反应性指标比较（$\bar{x}\pm s$）

| 组　别 | 例数 | EOS（%） | | IgE（IU/mL） | | FeNO（ppb） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 37 | 8.75±2.30 | 5.96±1.61① | 410.64±56.28 | 302.74±38.47① | 54.50±10.21 | 38.67±7.50① |
| 观察组 | 38 | 8.92±2.54 | 4.55±1.25① | 416.50±52.65 | 256.42±32.25① | 52.73±9.38 | 29.22±6.14① |
| $t$值 | | 0.304 | 4.243 | 0.466 | 5.657 | 0.782 | 5.978 |
| $P$值 | | 0.762 | <0.001 | 0.643 | <0.001 | 0.437 | <0.001 |

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

**4.6　2组不良反应发生率比较**　见表5。2组不良反应发生率比较，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 | 口干 | 嗜睡 | 恶心呕吐 | 皮疹 | 合计 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 对照组 | 37 | 2（5.41） | 1（2.70） | 1（2.70） | 1（2.70） | 5（13.51） |
| 观察组 | 38 | 1（2.63） | 0 | 1（2.63） | 1（2.63） | 3（7.89） |
| $\chi^2$值 | | | | | | 0.621 |
| $P$值 | | | | | | 0.431 |

## 5　讨论

现代医学研究认为，中医风邪的概念内涵广泛，其涵盖吸入性、食入性及接触性过敏原（如花粉）、季节性气候变迁、特定物理刺激、情绪波动等多种致病因素，这些因素与CVA的发病密切相关。因此，从风论治是本病的核心治法[8]。目前，西医治疗CVA多采用糖皮质激素、支气管扩张剂及止咳化痰药，其中布地奈德是一种吸入型糖皮质激素，在CVA治疗中可有效减轻气道炎症，从而改善咳嗽症状[9]；特布他林属于$\beta_2$受体激动剂，可通过舒张支气管平滑肌、减少黏膜水肿及促进黏液排出发挥疗效，适用于CVA的治疗[10]；异丙托溴铵属抗胆碱能药物，可阻断支气管平滑肌表面的M受体，通过缓解支气管痉挛、扩张支气管及增强气道通气功能，有效改善咳嗽、喘息等症状[11]；孟鲁司特钠是白三烯受体拮抗剂，可减轻气道炎症反应，降低气道敏感性，同时抑制黏液过度分泌[12]；富马酸酮替芬可抑制炎性介质的释放，并减少组胺生成和分泌，可发挥抗炎、改善支气管痉挛等作用，尤其对IgE诱

导的变态反应性疾病效果显著[13]。西药治疗本病的短期疗效较佳，停药后病情易复发，因此单使用西药难以达到理想效果，临床中多结合使用中医疗法。

CVA属于中医学咳嗽、喘证等范畴。中医认为，本病病变部位在肺，关键病机在于风邪袭肺。风邪善于逢孔必入，喉窍接气道，与肺相通，为肺系所属，而肺为娇脏，易受风邪侵袭，致肺气宣降失常，气道挛急，气机上逆，则引发咳嗽。随着病情迁延，正气渐损，致脾、肺、肾三脏亏虚，水液代谢失常，使津液停聚成痰，痰浊壅滞于肺，壅塞气道，加重咳嗽症状。本病以风邪犯肺为主要证型，针对CVA风邪犯肺证的病机特点，治疗上从风论治，以祛风解痉、宣肺平喘、止咳化痰为主要思路。本研究使用加味过敏煎治疗，该原方最早由祝谌予教授提出，药方由防风、乌梅、五味子及银柴胡组成，具有益气固表、散风祛湿功效，本研究基于CVA风邪犯肺证的病机，在原方基础上加入蜜紫菀、蜜百部、桔梗、炒枳壳、炒僵蚕及炙甘草等止咳化痰、宣降肺气药物，适用于治疗CVA风邪犯肺证。方中防风有祛风解表、胜湿止痉功效；僵蚕可熄风止痉、化痰散结；防风与炒僵蚕配伍为方中君药，可祛风解痉。银柴胡可清热凉血，并能防防风之温燥；五味子、乌梅有生津固脱、敛肺、止咳功效；蜜紫菀温肺止咳；蜜百部润肺下气止咳，与蜜紫菀配伍有润肺化痰止咳之效；上述配伍为方中臣药，有清透虚热、凉血解毒、固护肺气、化痰止咳之功。桔梗有宣肺、利咽、祛痰之效；枳壳降气宽胸；二者配伍一宣一降，擅治肺气壅滞，恢复肺气宣发肃降功能，为方中佐药。甘草调和诸药，为使药。全方配伍，共奏疏风宣肺、止咳化痰、调和肺气之效。

穴位贴敷疗法是基于人体脏腑经络相关理论，有效结合针灸与中药，发挥药物与穴位相配合的双重作用，可通过刺激体表特定腧穴，激发经气运行，达到调整脏腑功能的作用，同时具有药效持久、简单易行等特点，易于患者接受[14]。本研究穴位贴敷所选穴位中足三里有通经活络、补中益气、扶正祛邪作用；肺俞有宣肺解表、肃降肺气、止咳功效；膻中穴可调理上焦气机，发挥止咳平喘、降逆止呕作用；定喘穴有清热宣肺、止咳平喘功效。诸穴配伍，有通经活络、宣降肺气、止咳平喘作用。中药敷贴所用白芥子温肺、化痰止咳；细辛温肺化饮、祛风止痛、镇咳；甘遂泻水逐饮、消肿散结；延胡索可活血散瘀、行气止痛。同时以生姜汁与甘油调和，可起到调和肺腑、温肺化饮、止咳化痰作用。李哮天等[15]研究表明，针对小儿CVA风邪犯肺证采用中药内服联合穴位贴敷治疗具有显著疗效，可减轻患儿咳嗽症状。本研究结果显示，与对照组治疗2周后相比，观察组总有效率更高，中医证候评分降低更显著，提示加味过敏煎联合穴位贴敷治疗CVA风邪犯肺证患者疗效显著，可进一步缓解临床症状。

在CVA病情评估中，肺功能评估可反映CVA患者呼吸功能，在慢性气道炎症影响下，急性发作时会出现肺泡内气体潴留，致肺内压力升高，进而可发展为肺气肿，造成肺功能损害，因此肺功能相关指标可作为评估CVA患者临床状况的有效依据[16]。其中PEF、FVC、$FEV_1$是临床评估肺功能的常用指标，可用于反映气道功能，PEF可反映呼吸肌力量及气道的通畅性，$FEV_1$可反映肺弹性回缩力和气道阻力，FVC可反映气道通畅性和肺总量，3项指标用于评估肺功能的敏感性较高，在CVA评估中应用广泛[17]。另有研究表明，气道高反应性是CVA的重要病理特征之一[18]，临床特征以慢性咳嗽为主，且咳嗽症状常在夜间或清晨

加重，严重影响患者生活质量。EOS、FeNO、IgE是评估气道反应性的常用指标，其中EOS为重要的炎症细胞，其表达水平升高是CVA的主要病理特征，当机体受环境污染、病毒刺激后，EOS的活化和浸润可引发气道高反应性和炎症反应，导致哮喘发作，同时气道上皮细胞受损，可引发咽痒、咳嗽等症状[19]；FeNO是一种无创检测气道炎症的生物标志物，其水平变化可评估气道EOS相关炎症的活跃程度，已成为CVA早期诊断和治疗效果监测的重要参考指标[20]；血清IgE能够介导相关细胞反应，使血管通透性增高、支气管平滑肌收缩，并促进炎症细胞浸润与黏液分泌，最终导致气道高反应性的发生，CVA可引起持续性咳嗽，长期反复发作可导致气道上皮受损，促使炎症介质大量生成，进而引发气道炎症[21]。

现代药理学研究表明，防风含有多糖类、挥发油类、香豆素类等成分，有抗炎、抗过敏等作用[22]；紫菀中含黄酮类、香豆素类、蒽醌类等活性成分，有平喘、镇咳、祛痰等作用[23]；僵蚕含环肽类化合物、甾醇类、氨基酸及衍生物等活性成分，有消除支气管水肿、充血和缓解支气管平滑肌痉挛等作用，治疗CVA具有显著效果[24-25]；银柴胡含皂苷类、黄酮类、挥发油等成分，具有较好的抗炎、抗过敏作用[26]；百部含香豆素类、类鱼藤酮类、醌类、绿原酸类等成分，可通过作用于核因子κB(NF-κB)信号通路、T细胞受体信号通路、血管内皮生长因子(VEGF)信号通路及丝裂原活化蛋白激酶(MAPK)信号通路等发挥修复受损肺组织、抑制炎症反应、提升免疫力及止咳作用[27]；桔梗中含皂苷、黄酮、多糖等生物活性成分，有抑制哮喘发作、改善肺部组织损伤、镇咳祛痰及保护呼吸系统作用，常用于治疗肺部疾病[28]。本研究显示，治疗2周后，观察组肺功能指标$FEV_1$、FVC、PEF水平均高于对照组($P<0.05$)；观察组气道高反应性指标EOS、IgE、FeNO水平均低于对照组($P<0.05$)。结果提示，针对CVA患者采用加味过敏煎联合穴位贴敷治疗可进一步改善患者肺功能，降低患者气道高反应性。

此外，2组一般体格检查及各项常规检查未发现明显异常，仅少数患者出现口干、嗜睡、恶心呕吐及皮疹等不良反应，组间不良反应发生率比较无显著性差异，针对出现不良反应患者进行对症处理后症状自行缓解，提示短期内本研究治疗方案的安全性较高，不良反应较少，不会对患者造成其他严重不良事件。

综上所述，基于风邪理论采用加味过敏煎联合穴位贴敷治疗CVA风邪犯肺证患者的临床效果显著，在缓解临床症状、改善肺功能、降低气道高反应性方面具有积极作用，且该治疗方案的安全性较高，不良反应少。

**[参考文献]**

[1] 符琼方，胡朋，杨文秀，等. 钩藤饮子合小青龙汤辨证治疗咳嗽变异性哮喘(风邪犯肺证)的效果及对外周血白三烯D4、C4及尿白三烯E4水平的影响[J]. 天津中医药大学学报，2022，41(3)：317-321.

[2] 宋莹，刘亚茹，安颖，等. 治未病理论下祛风解痉润燥法联合穴位贴敷治疗咳嗽变异性哮喘的效果[J]. 临床误诊误治，2024，37(19)：67-73.

[3] 熊庆勇，张萌萌，李佳遥，等. 李乔从“风”论治咳嗽变异性哮喘经验总结[J]. 中医药临床杂志，2024，36(6)：1046-1049.

[4] 高鄂，石智杰，马凯波，等. 祛风润肺止喘汤配合穴贴敷治疗咳嗽变异性哮喘风邪犯肺证的疗效分析[J]. 黑龙江医药，2022，35(3)：585-587.

[5] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2021)[J]. 中华结核和呼吸杂志，2022，45(1)：13-46.

[6] 薛博瑜，吴伟. 中医内科学[M]. 3版. 北京：人民卫生出版社，2016：37-42.

[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，1994：1-2.

[8] 刘晓，张璞，李国华，等. 从风论治咳嗽变异性哮喘病因病机研究[J]. 世界最新医学信息文摘，2019，19(82)：278，281.

[9] 王莉，徐婷. 黄龙止咳颗粒联合丙卡特罗、布地奈德治疗变异性

哮喘急性发作期导致的慢性咳嗽的疗效[J]. 检验医学与临床，2024，21(24)：3621-3625.

[10] 陈建飞，朱乔波，邵东良，等. 孟鲁司特钠联合特布他林治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志，2024，40(15)：2155-2159.

[11] 张田，代富力，赵珊珊. 异丙托溴铵溶液联合孟鲁司特钠咀嚼片治疗咳嗽变异性哮喘的疗效[J]. 黑龙江医学，2025，49(3)：319-321.

[12] 范新凤，李艳玲，孙晓宝，等. 孟鲁司特钠咀嚼片联合布地奈德混悬液治疗急性期支气管哮喘患儿的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志，2023，39(3)：320-323.

[13] 周志杰，赵军华，崔吉冈，等. 富马酸酮替芬片联合白三烯受体拮抗剂对咳嗽变异性哮喘患者症状改善及肺功能的影响[J]. 实用临床医学，2020，21(1)：13-14，24.

[14] 荣枧. 温肺煎联合穴位贴敷治疗风寒型咳嗽变异性哮喘的临床研究[D]. 南昌：江西中医药大学，2021.

[15] 李哮天，张光慧，肖尊雄，等. 穴位敷贴联合宣肺平嗽汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘风邪犯肺证的临床效果[J]. 临床合理用药，2024，17(21)：132-135.

[16] 于俊芳. 孟鲁司特钠联合盐酸西替利嗪治疗儿童咳嗽变异性哮喘的疗效分析[J]. 临床研究，2024，32(7)：54-57.

[17] 凌钦亮，吴杰妍，李云海. 小青龙汤合三子养亲汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘风寒袭肺证临床观察[J]. 河北中医，2024，46(3)：396-399，404.

[18] 周媛媛，李新德，曹堃. 小青龙汤联合麻龙平喘汤加减对儿童咳嗽变异性哮喘气道高反应性及免疫功能的影响[J]. 医药论坛杂志，2024，45(2)：216-220，225.

[19] 宣方杰，何小军. 桑菊饮加减治疗对风热犯肺型咳嗽变异性哮喘患者气道功能诱导痰指标及炎症因子的影响[J]. 中国药物与临床，2024，24(13)：833-836.

[20] 郭超文，黎艳聪. 呼出气一氧化氮在咳嗽变异性哮喘患者中的临床应用价值评估[J]. 吉林医学，2020，41(9)：2085－2087.

[21] 秦茜，李斌凯. 盐酸西替利嗪滴剂联合孟鲁司特钠咀嚼片治疗小儿咳嗽变异性哮喘的效果及对IgE、IL-4、IL-8水平的影响[J]. 临床医学研究与实践，2024，9(19)：79-82，87.

[22] 曹晨雨，杜梦雨，吴泽青. 防风的化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报，2025，42(3)：242-247.

[23] 范玲，王鑫，朱晓静，等. 紫菀化学成分及药理作用研究进展[J]. 吉林中医药，2019，39(2)：269-273.

[24] 代琪，李康曦，叶俏波，等. 僵蚕化学成分、药理作用及毒理学研究进展[J]. 中国药物评价，2023，40(5)：402-408.

[25] 洪佳青，但彩云，崔诗遥，等. 白僵蚕药用的研究进展[J]. 蚕桑通报，2021，52(3)：1-3.

[26] 李振凯，宋乐，雷燕，等. 银柴胡生物学、化学成分及药理作用研究进展[J]. 南京中医药大学学报，2020，36(1)：136-140.

[27] 刘畅，梁爽，郭雨莹，等. 基于网络药理学探究百部止咳作用的机制及实验验证[J]. 现代药物与临床，2022，37(3)：493-502.

[28] 李超，张欢，汲晨锋. 桔梗化学成分、药理作用及现代应用研究进展[J]. 中国药学杂志，2025，60(1)：9-20.

[责任编辑：郑锋玲，蒋维超(英文)]