

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20190412-0007

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A

“邵氏五针法”为主治疗变应性鼻炎-哮喘综合征: 多中心随机对照研究*

郑洁^{1,2}, 邵素菊^{1,2}✉, 王培育^{1,2}, 秦小永³, 王庆波⁴, 张晓刚^{1,2}, 任重², 张君^{1,2}, 华金双^{1,2}, 邵伯雍^{1,2}, 张聪聪^{1,2}

(¹河南中医药大学针灸推拿学院, 郑州 450008; ²河南中医药大学第三附属医院针灸科, 郑州 450008; ³开封市中医院针灸科; ⁴河南中医药大学第一附属医院针灸科)

[摘要] 目的: 比较“邵氏五针法”为主与常规取穴针刺治疗变应性鼻炎-哮喘综合征的临床疗效。方法: 将 210 例变应性鼻炎-哮喘综合征患者随机分为观察组 (105 例, 脱落 4 例) 和对照组 (105 例, 脱落 4 例)。观察组采用“邵氏五针法”为主治疗, 穴取肺俞、大椎、风门、印堂、上迎香、合谷等; 对照组行常规针刺治疗, 穴取肺俞、中府、太渊、定喘、膻中、印堂、风门、足三里等。两组均每天治疗 1 次, 每周 6 次, 共治疗 4 周。观察两组患者治疗前后及治疗后第 1、2、3 个月随访时症状体征评分; 检测两组患者治疗前后肺功能第 1 秒用力呼气容积 (FEV1)、呼气峰值流速 (PEF) 及外周血嗜酸性粒细胞计数, 比较治疗后两组临床疗效。结果: 观察组总有效率为 98.0% (99/101), 优于对照组的 94.1% (95/101, $P < 0.01$)。治疗 1、2、3、4 周后, 两组患者症状体征总分均较治疗前明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后及随访各时间点, 观察组症状体征总分均低于对照组 ($P < 0.01$); 与治疗 4 周后比较, 观察组各随访时点症状体征总分比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 对照组第 3 个月随访时症状体征总分明显升高 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后肺功能 FEV1、PEF 较治疗前升高 ($P < 0.01$), 外周血嗜酸性粒细胞计数较治疗前降低 ($P < 0.01$), 观察组改善幅度大于对照组 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论: “邵氏五针法”为主治疗变应性鼻炎-哮喘综合征可改善患者的临床症状体征和肺功能, 降低外周血嗜酸性粒细胞计数, 疗效优于常规取穴针刺。

[关键词] 变应性鼻炎-哮喘综合征; 针刺疗法; 邵氏五针法; 随机对照试验

"SHAO's five-needle method" as the main treatment for allergic rhinitis and asthma syndrome: a multi-center randomized controlled trial

ZHENG Jie^{1,2}, SHAO Su-ju^{1,2}✉, WANG Pei-yu^{1,2}, QIN Xiao-yong³, WANG Qing-bo⁴, ZHANG Xiao-gang^{1,2}, REN Zhong², ZHANG Jun^{1,2}, HUA Jin-shuang^{1,2}, SHAO Bo-yong^{1,2}, ZHANG Cong-cong^{1,2} (¹College of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Henan University of CM, Zhengzhou 450008, China; ²Department of Acupuncture and Moxibustion, Third Affiliated Hospital of Henan University of CM, Zhengzhou 450008; ³Department of Acupuncture and Moxibustion, Kaifeng Hospital of TCM; ⁴Department of Acupuncture and Moxibustion, First Affiliated Hospital of Henan University of CM)

ABSTRACT Objective To compare the clinical effect differences between "SHAO's five-needle method" and routine acupoint selection on allergic rhinitis and asthma syndrome. **Methods** A total of 210 patients with allergic rhinitis and asthma syndrome were randomly divided into an observation group (105 cases, 4 cases dropped off) and a control group (105 cases, 4 cases dropped off). The patients in the observation group were treated with "SHAO's five-needling method", and the acupoints of Feishu (BL 13), Dazhui (GV 14), Fengmen (BL 12), Yintang (GV 29), Shangyingxiang (EX-HN 8) and Hegu (LI 4), etc. were selected; the patients in the control group was treated with routine acupuncture, and the acupoints of Feishu (BL 13), Zhongfu (LU 1), Taiyuan (LU 9), Dingchuan (EX-B 1), Danzhong (CV 17), Yintang (GV 29), Fengmen (BL 12) and Zusanli (ST 36), etc. were selected. The treatment in the two groups was given once a day, 6 times a week, for 4 weeks. The score of symptoms and signs was observed before and after treatment as well as 1 month, 2 months and 3 months after treatment. The forced expiratory volume in 1 second (FEV1), peak expiratory flow (PEF) and eosinophils in peripheral blood were measured before

*河南省科技厅重点科技攻关项目: 142102310283; 国家中医药管理局全国中医学术流派传承工作室第二轮建设项目: 国中医药人教函[2019]62 号; 河南省中医药科学研究专项项目: 2015ZY02056

✉通信作者: 邵素菊, 教授、主任医师。E-mail: shaosuju@163.com

and after treatment in the two groups. After treatment, the clinical therapeutic effect was compared between the two groups.

Results The total effective rate was 98.0% (99/101) in the observation group, which was superior to 94.1% (95/101) in the control group ($P < 0.01$). Compared before treatment, the total score of symptoms and signs in the two groups was significantly decreased at 1, 2, 3 and 4 weeks of treatment ($P < 0.01$); after treatment and at each time point of follow-up, the total score of symptoms and signs in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.01$). Compared with 4 weeks of treatment, the total score of symptoms and signs at each time point of follow-up was not statistically different in the observation group ($P > 0.05$), and the total score of symptoms and signs in the third month of follow-up in the control group was significantly increased ($P < 0.05$). After treatment, FEV1 and PEF in the two groups were increased ($P < 0.01$), eosinophil count in peripheral blood was decreased ($P < 0.01$), and the improvement in the observation group was greater than that in the control group ($P < 0.01$, $P < 0.05$). **Conclusion** "SHAO's five-needle method" can improve the clinical symptoms and pulmonary function, reduce the count of eosinophils in peripheral blood in patients with allergic rhinitis and asthma syndrome, and the curative effect is better than routine acupuncture.

KEYWORDS allergic rhinitis and asthma syndrome; acupuncture therapy; SHAO's five-needle method; randomized controlled trial (RCT)

变应性鼻炎-哮喘综合征是近年来世界变态反应组织 (World Organization for Allergy, WOA) 提出的新医学诊断术语^[1], 是指同时发生临床或亚临床的上呼吸道和下呼吸道的 I 型变态反应。研究^[2]表明, 70%~90% 的哮喘患者伴有变应性鼻炎, 40%~50% 的变应性鼻炎患者伴有哮喘, 两者发病或先或后, 或同时为患, 常相互影响。流行病学研究^[3]发现, 变应性鼻炎与哮喘的严重程度呈明显正相关。本病作为变态反应性疾病的常见病种, 反复发作, 缠绵难愈, 严重威胁着人类生命健康。国家级名老中医邵经明教授在长期的临床实践中总结出的“邵氏五针法”是治疗肺系疾病的有效方法, 并且既往研究^[4-12]证实了该法的有效性与安全性。笔者临床采用“邵氏五针法”为主治疗变应性鼻炎-哮喘综合征, 并进行多中心随机对照研究评价其临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入的 210 例变应性鼻炎-哮喘综合征患者来自于 2014 年 6 月至 2016 年 8 月河南中医药大学第三附属医院 (中心 1)、开封市中医院 (中心 2) 和河南中医药大学第一附属医院 (中心 3) 针灸科门诊, 3 个试验中心各完成 70 例。采用 SPSS 16.0 统计软件产生随机号码 0 和 1, 按生成顺序将随机数字放入不透光的信封中, 数字“0”代表观察组 (“邵氏五针法”为主治疗), 数字“1”代表对照组 (常规针刺治疗), 每组 105 例。治疗医师根据患者就诊顺序打开相应的信封, 按信封内治疗方案进行治疗。本临床研究采用单盲法, 患者不知道自己属于何组。治疗医师完成对患者的整个治疗, 并填写病例报告表。数据处理与统计学评价由统计人员负责, 而统计人员并不知道试验分组及具体治疗, 观察结果揭晓后再进行科研总结,

尽量排除偏倚因素。

1.2 诊断标准

(1) 中医诊断标准: 参考中华中医药学会发布的《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》^[13]鼻鼈与《中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分》^[14]哮喘病的诊断标准。①症状体征: 鼻痒、喷嚏、大量水样鼻涕、鼻塞、喘息、喉中哮鸣有声; 鼻黏膜多为苍白, 鼻甲肿大, 两肺可闻及哮鸣音。②常因接触花粉或尘螨等过敏原、气候突变、劳累等因素诱发。③具有突发性和反复发作的特点。④有过敏史和家族史。

(2) 西医诊断标准: 参考《变应性鼻炎诊断和治疗指南》^[15]和《支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)》^[16]进行诊断。

1.3 纳入标准

①符合变应性鼻炎-哮喘综合征诊断标准; ②年龄 18~65 岁; ③自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①单纯变应性鼻炎或单纯支气管哮喘者; ②孕妇或哺乳期妇女; ③合并有严重肝、肾、心脑血管等疾病及精神病患者; ④近 3 个月内曾服用有潜在肝或肾损害的药物, 或服用对本研究有影响的药物者。

2 治疗方法

2.1 观察组

取穴: 主穴取肺俞、大椎、风门、印堂、上迎香、合谷; 配穴: 风寒袭肺者温灸肺俞、大椎、风门, 风热犯肺者配鱼际, 肺气虚弱者配足三里, 脾气虚弱者配脾俞、足三里, 肾阳亏虚者配肾俞、太溪, 咳甚者配尺泽、太渊, 痰多者配中脘、足三里。操作: 患者取端坐位或侧卧位, 局部皮肤常规消毒后, 其中肺俞、风门、合谷、鱼际、脾俞、肾俞、太溪均选用 0.35 mm × 25 mm 毫针直刺 13~20 mm; 太渊选用

0.35 mm × 25 mm 毫针直刺 8 ~ 10 mm; 印堂、上迎香选用 0.35 mm × 25 mm 毫针向下平刺 13 ~ 20 mm; 大椎、足三里、尺泽、中脘选用 0.35 mm × 40 mm 毫针直刺 30 ~ 38 mm, 均采用提插捻转平补平泻法, 留针 30 min, 每隔 10 min 行针 1 次。起针后在大椎、肺俞穴各拔一火罐, 留罐 10 min。风寒袭肺者, 在距离患者肺俞、大椎、风门上方 2 ~ 3 cm 处, 采用直径 1.8 cm、长 20 cm 艾条行温和灸, 每穴灸 10 min。每日 1 次, 每周 6 次, 共治疗 4 周。

2.2 对照组

参考《针灸治疗学》^[17]取穴, 主穴取肺俞、中府、太渊、定喘、膻中、印堂、上迎香、风门、足三里; 配穴: 风寒袭肺者, 温和灸肺俞、风门。操作: 患者取端坐位或侧卧位, 局部常规消毒后, 定喘选用 0.35 mm × 25 mm 毫针直刺 13 ~ 20 mm; 中府选用 0.35 mm × 40 mm 毫针向外平刺 15 ~ 20 mm; 膻中选用 0.35 mm × 40 mm 毫针向下平刺约 20 mm, 其余穴位针刺、拔罐、艾灸操作及疗程均同观察组。

本研究中所有负责治疗的操作均由具有主治医师以上职称者执行。

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1) 主要结局指标

①症状体征评分^[18-19]: 项目包括症状(喷嚏、流涕、鼻塞、鼻痒、喘息、咳嗽、咯痰、胸膈满闷、哮鸣音、气短)和体征(下鼻甲肿胀程度及下鼻甲与鼻中隔之间的间隙大小)。对每项症状、体征进行评分, 重度计 3 分, 中度计 2 分, 轻度计 1 分, 无症状体征者计 0 分。分别于治疗前后及治疗后第 1、2、3 个月随访进行评分。

②肺功能第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)和呼气峰值流速(PEF): 嘱患者取坐位, 采用 S-980A Ⅲ型肺功能检测仪(四川思科达科技有限公司生产)评估两组患者治疗前后肺功能 FEV₁、PEF。

(2) 次要结局指标

外周血嗜酸性粒细胞计数: 局部皮肤常规消毒后, 以专用采血针抽取患者肘正中静脉血 2 mL, 将所取血液放入 EDTA-K2 真空抗凝管内, 两者混匀, 用血液分析仪(希森美康 XT-1800i 全自动血液分析仪)分析检测血液样本, 检测两组患者治疗前后外周血嗜酸性粒细胞计数。

3.2 疗效评定标准

参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[18]

评定疗效, 减分率(%) = [(治疗前症状体征总分 - 治疗后症状体征总分) ÷ 治疗前症状体征总分] × 100%。临床治愈: 减分率 ≥ 90%; 显效: 60% ≤ 减分率 < 89%; 有效: 30% ≤ 减分率 < 59%; 无效: 减分率 < 30%。

3.3 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行统计分析, 计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 若符合正态分布组内比较采用配对样本 *t* 检验, 组间比较采用两独立样本 *t* 检验, 若不符合正态分布采用秩和检验; 计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用秩和检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 两组患者一般资料比较

两组各入组 105 例, 各脱落 4 例, 其中观察组因外地出差脱落 2 例, 症状缓解但不愿坚持治疗退出 1 例, 缺乏信心退出 1 例; 对照组因外地出差脱落 2 例, 自动退出脱落 1 例, 违背试验方案脱落 1 例。各组脱落率与整体脱落率均小于 10%, 符合临床试验研究标准。观察组实际纳入病例 101 例, 年龄 22~65 岁, 病程 0.5~32 年; 对照组实际纳入病例 101 例, 年龄 21~65 岁, 病程 0.5~30 年。两组患者性别、年龄、病程、病情程度一般资料比较, 差异均无统计学意义(均 *P* > 0.05), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组变应性鼻炎-哮喘综合征患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		平均年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	平均病程/年 ($\bar{x} \pm s$)	病情程度/例		
		男	女			轻度	中度	重度
观察组	101	54	47	44 ± 11	8.9 ± 6.4	27	66	8
对照组	101	44	57	44 ± 12	8.8 ± 6.4	31	63	7

(2) 两组患者临床疗效比较

观察组愈显率与总有效率均高于对照组(均 *P* < 0.01), 说明“邵氏五针法”为主治疗变应性鼻炎-哮喘综合征疗效更佳, 见表 2。

表 2 两组变应性鼻炎-哮喘综合征患者临床疗效比较

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	愈显率/%	总有效率/%
观察组	101	34	50	15	2	83.2 ¹⁾	98.0 ¹⁾
对照组	101	20	40	35	6	59.4	94.1

注: 与对照组比较, ¹⁾ *P* < 0.01。

(3) 两组患者治疗前后各时间点症状体征总分比较

治疗前, 两组患者症状体征总分比较, 差异无统计学意义(*P* > 0.05), 具有可比性。治疗 1、2、3、4 周

表 3 两组变应性鼻炎-哮喘综合征患者治疗前后各时间点症状体征总分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后				随访		
			治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 3 周	治疗 4 周	1 个月	2 个月	3 个月
观察组	101	15.68 ± 3.38	11.78 ± 3.32 ^{1) 3)}	8.81 ± 3.36 ^{1) 3)}	6.07 ± 3.33 ^{1) 3)}	3.73 ± 3.29 ^{1) 3)}	4.05 ± 2.69 ³⁾	4.01 ± 2.56 ³⁾	4.15 ± 2.72 ³⁾
对照组	101	15.61 ± 3.26	12.98 ± 3.39 ¹⁾	10.23 ± 3.52 ¹⁾	8.21 ± 3.42 ¹⁾	6.08 ± 4.13 ¹⁾	6.19 ± 3.89	6.37 ± 3.87	7.70 ± 4.10 ²⁾

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与本组治疗 4 周后比较,²⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后同时时间点比较,³⁾ $P < 0.01$ 。

后,两组患者症状体征总分均较治疗前明显降低 ($P < 0.01$),观察组症状体征总分低于对照组 ($P < 0.01$)。与治疗 4 周后比较,观察组第 1、2、3 个月随访时症状体征总分比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),说明“邵氏五针法”为主治疗可以维持末次治疗后的疗效。与治疗 4 周后比较,对照组第 3 个月随访时症状体征总分明显升高 ($P < 0.05$),说明对照组在第 3 个月随访时病情有所反复。第 1、2、3 个月随访时,观察组症状体征总分均低于对照组 (均 $P < 0.01$),说明“邵氏五针法”为主治疗变应性鼻炎-哮喘综合征较常规针刺治疗作用持久。见表 3。

(4) 两组患者治疗前后肺功能 FEV1、PEF 比较

治疗前,两组患者肺功能 FEV1、PEF 比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,两组患者肺功能 FEV1、PEF 较治疗前均升高 ($P < 0.01$),观察组升高幅度大于对照组 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。见表 4、表 5。

表 4 两组变应性鼻炎-哮喘综合征患者治疗前后肺功能 FEV1 比较 (% , $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗后-治疗前
观察组	101	75.14 ± 12.03	89.52 ± 12.71 ¹⁾	14.38 ± 9.06 ²⁾
对照组	101	76.71 ± 11.87	83.81 ± 13.41 ¹⁾	7.10 ± 11.51

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗前后差值比较,²⁾ $P < 0.01$ 。

表 5 两组变应性鼻炎-哮喘综合征患者治疗前后肺功能 PEF 比较 (% , $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗后-治疗前
观察组	101	74.15 ± 15.42	88.20 ± 14.23 ¹⁾	14.05 ± 9.44 ²⁾
对照组	101	76.17 ± 13.07	84.14 ± 12.63 ¹⁾	7.96 ± 7.85

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗前后差值比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

(5) 两组患者治疗前后外周血嗜酸性粒细胞计数比较

治疗前,两组患者外周血嗜酸性粒细胞计数比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,两组患者外周血嗜酸性粒细胞计数较治疗前均降低 ($P < 0.01$),观察组降低幅度大于对照组 ($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 两组变应性鼻炎-哮喘综合征患者治疗前后外周血嗜酸性粒细胞计数比较 ($\times 10^9/L$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗后-治疗前
观察组	101	0.38 ± 0.18	0.21 ± 0.14 ¹⁾	0.17 ± 0.18 ²⁾
对照组	101	0.36 ± 0.17	0.24 ± 0.13 ¹⁾	0.16 ± 0.16

注:与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗前后差值比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

4 讨论

采用多中心、随机对照临床研究,本研究结果表明“邵氏五针法”为主治疗可以明显改善变应性鼻炎-哮喘综合征患者的临床症状体征和肺功能,降低外周血嗜酸性粒细胞计数,各项指标的改善均优于常规取穴针刺。3 个月随访中,笔者观察到“邵氏五针法”为主治疗可以维持末次治疗后的疗效,常规取穴针刺在治疗后第 3 个月时病情有所反复,说明“邵氏五针法”为主治疗变应性鼻炎-哮喘综合征可获得较好的远期疗效。

变应性鼻炎与支气管哮喘同为气道变应性炎症反应疾病,变应性鼻炎属上呼吸道疾病,支气管哮喘属下呼吸道疾病,上下呼吸道黏膜相互连接^[20],当接触过敏原后,两者可出现类似的病理学改变,如鼻黏膜和支气管黏膜均出现大量嗜酸性粒细胞、淋巴细胞等炎症细胞浸润,杯状细胞增生,血浆大量渗出等^[21]。用过敏原刺激变应性鼻炎患者鼻腔,患者气道反应性增强;同样下呼吸道激发试验也可引起鼻黏膜炎症反应,说明变应性鼻炎与哮喘两者关系密切^[22]。1997 年,美国的 Grossman 更明确提出了“同一气道,同一疾病”的观点^[23],强调上下呼吸道疾病从整体治疗的重要性。

根据变应性鼻炎-哮喘综合征临床表现和发病特点,属于中医“鼻鼽”“哮喘”范畴。中医认为“肺开窍于鼻”,“鼻鼽”与“哮喘”的病位虽有不同,但二者关系密切。本病多由患者素体禀赋不足,外感失治误治,或内伤日久迁延难愈,导致肺气亏虚,卫表不固。当外邪侵袭时,致使肺之宣降失职,鼻窍不利,气道挛急而发病。本研究继承邵老学术思想,注重腧穴配伍和针刺手法的运用。邵老临床治疗疾病选穴组方精当,强调腧穴之间既有协同作用亦有拮抗作用,切不可盲目处方,忌取穴冗杂而影响临床疗效。

肺俞、大椎、风门 3 穴是邵老查阅大量古籍资料，经临床反复探索筛选而得，并经临床验证安全有效^[4-6,24-27]，冠名“邵氏五针法”。肺俞属足太阳膀胱经，是肺脏精气输注于背部之要穴，具有调理肺脏、止咳平喘、通利鼻窍之效。大椎属督脉，为手足六阳经与督脉之交会穴，可宣通阳气、平喘降逆、祛邪利窍。邵老对大椎穴的应用独具匠心，临床配用不同腧穴可治疗不同病症^[28]，大椎穴常选用长 40 mm 毫针直刺进针 30~38 mm，而其常规针刺操作为斜刺 13~20 mm，这就突显了由于针刺的角度、深度不同，达到的组织结构不同，则获得的疗效也不同。临床治疗肺系病症针刺大椎穴得气时，患者即刻感觉呼吸畅快，甚则鼻窍通利。风门属足太阳膀胱经，内应肺脏，为风邪出入之门户，具有宣肺降逆、祛风散寒、实腠固卫之功效。肺俞、大椎、风门 3 穴是邵老治疗肺系疾病必取之穴，3 穴缺一不可。同时 3 穴的针刺角度、方向、深度与疗效关系密切。邵老指出背部腧穴内应脏腑，治疗脏腑病采用直刺效果比斜刺好；且刺入深度恰当，运用一定手法做到治神守气，很快可获得针感，一般放射至背部肺脏反射区域及前胸部。同时本研究遵循邵老“肺鼻同治”思想，选取邵老治疗鼻部疾患重要腧穴印堂、上迎香、合谷。印堂属督脉，可调理肺气、疏通鼻窍；上迎香为经外奇穴，是治疗各种鼻病的经验要穴，可疏通鼻部气血、止涕止痒；合谷属手阳明大肠经，临床善治表证和头面之疾，变应性鼻炎与哮喘易受外邪诱发，故合谷也是邵老治疗肺系疾病常取之穴，《四总穴歌》云：“面口合谷收”，尤其是治疗鼻病，大肠经经脉与经筋均循行至鼻部，故可祛邪解表、宣肺理气、通利鼻窍。诸穴合用，功效相得益彰，共奏调肺理气、平喘降逆、宣通鼻窍之功效。

总之，“邵氏五针法”操作简单、临床疗效显著、无不良反应，为临床治疗变应性鼻炎-哮喘综合征提供了一种患者易于接受、安全有效的绿色疗法，同时拓展了该法治疗肺系疾病的范围，进一步丰富了“肺开窍于鼻”“肺鼻同治”的中医理论内涵。但本研究治疗周期为 1 个月，随访 3 个月，根据本病的发病特点，治疗与随访时间均相对较短，在今后的研究中应增加治疗时间，延长随访周期，以更好评价“邵氏五针法”为主治疗变应性鼻炎-哮喘综合征的临床远期疗效。

参考文献

- [1] 李明华, 唐华平. 过敏性鼻炎-哮喘综合征[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 1-2.
- [2] 李明华, 解蔚. 过敏性鼻炎-哮喘综合征新概念[J]. 中国临床医生, 2006, 34(6): 4-5.
- [3] 张文艳, 张世英, 孙立. 184 例过敏性鼻炎-哮喘综合征患者的肺功能分析及流行病学调查[J]. 贵州医科大学学报, 2016, 41(11): 1340-1342, 1346.
- [4] 邵经明, 丁一丹. 针灸治疗哮喘 111 例临床观察[J]. 中医杂志, 1985, 26(5): 47-48.
- [5] 邵经明, 杜鸣歧, 相永清, 等. 针灸治疗哮喘 128 例临床观察[J]. 中国针灸, 1989, 9(6): 11-14.
- [6] 邵经明, 邵素菊, 朱彦岑, 等. 针灸治疗哮喘 188 例临床观察及实验研究[J]. 河南中医, 1992, 12(2): 68-70.
- [7] 邵素菊, 权春分, 邵素霞, 等. “邵氏五针法”治疗急性发作期哮喘: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(9): 774-778.
- [8] 张君, 邵素菊, 任重, 等. “三穴五针法”治疗寒饮伏肺型哮喘的多中心临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(2): 797-800.
- [9] 邵素菊, 秦小永, 高希言, 等. 邵氏“五针法”治疗肺脾亏虚型哮喘: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2007, 27(11): 793-796.
- [10] 陈晨. 邵氏“五针法”为主治疗过敏性鼻炎的临床研究[D]. 郑州: 河南中医学院, 2015.
- [11] 邵伯雍. “邵氏五针法”为主对 AR 患者血清中 ROR γ t、Foxp3 表达的作用机制研究[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2018.
- [12] 张聪聪. “邵氏五针法”为主对过敏性鼻炎患者血清中 IL-27、CCL22 表达影响的研究[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2018.
- [13] 中华中医药学会. 中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 22.
- [14] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 5.
- [15] 变应性鼻炎诊断和治疗指南[J]. 中国临床医生, 2010, 38(6): 67-68.
- [16] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)[J]. 中华哮喘杂志(电子版), 2008, 2(1): 3-13.
- [17] 高树中, 杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 103-105.
- [18] 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: 60-66.
- [19] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉科分会. 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案(2004 年, 兰州)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(3): 166-167.
- [20] 刘志发, 杨文. 哮喘诊疗手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 277.
- [21] 杜永成. 哮喘的现代诊断与治疗[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 211-212.
- [22] 沈华浩. 哮喘手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 277-278.
- [23] 李冰, 唐昊. 支气管哮喘[M]. 上海: 上海军医大出版社, 2016: 30-31.
- [24] 邵经明. 针刺拔火罐治疗哮喘(180 例临床疗效观察)[J]. 赤脚医生杂志, 1973, 1(5): 36-37.
- [25] 丁一丹, 邵经明. 肺俞、大椎、风门平喘效应初步探索[J]. 中国针灸, 1983, 3(5): 7-8.
- [26] 朱彦岑, 王民集, 邵经明. 邵经明针灸防治哮喘经验[J]. 中国医药学报, 1993, 8(3): 40-41.
- [27] 邵经明. 针灸防治哮喘[M]. 上海: 上海翻译出版公司, 1988.
- [28] 邵素菊, 张晓刚. 邵经明应用大椎穴临床撷萃[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(7): 1481-1483.

(收稿日期: 2019-04-12, 编辑: 杨立丽)