

玉屏风散合保和丸加减治疗儿童过敏性鼻炎 (脾虚湿盛型)临床疗效观察

王静, 杨红霞*, 彭斐, 闫传龙

泰安市妇幼保健院, 山东 泰安 271000

摘要 目的:分析玉屏风散合保和丸加减治疗儿童脾虚湿盛型过敏性鼻炎(AR)的效果。方法:回顾性选取泰安市妇幼保健院2024年2月—2024年11月收治的92例AR患儿,按照不同治疗方法分为对照组和观察组,对照组45例采取常规干预,观察组47例另加用玉屏风散合保和丸加减治疗,两组均治疗14 d,观察两组治疗效果,比较两组白介素(IL-1 β 、IL-6)、降钙素原(PCT)、免疫球蛋白(IgE、IgG)指标水平,观察两组中医证候积分、动脉鼻气道阻力(NAR)水平、0~5 cm鼻腔容积(NCV)、鼻腔最小横截面积(NMCA)、20 s内的鼻呼吸量(NS)水平,观察两组不良反应发生情况。结果:观察组治疗效果优于对照组($P<0.05$)。治疗14 d,观察组白介素(IL-1 β 、IL-6)、降钙素原(PCT)、免疫球蛋白(IgE、IgG)、中医证候积分较对照组低($P<0.01$)。治疗14 d,观察组动脉鼻气道阻力(NAR)水平低于对照组($P<0.01$),0~5 cm鼻腔容积(NCV)、鼻腔最小横截面积(NMCA)、20 s内的鼻呼吸量(NS)高于对照组($P<0.01$)。两组治疗期间均未发生严重不良反应。结论:AR患儿采取玉屏风散合保和丸治疗效果显著,可减轻中医证候积分和炎症水平,改善鼻通气功能,提高免疫状态,临床应用安全性尚可。

关键词 玉屏风散;保和丸加减;儿童;过敏性鼻炎

中图分类号:R272.6

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)09-0081-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260185

据调查^[1-2],美国14岁以下儿童过敏性鼻炎(Allergic rhinitis, AR)患病率为13%~19%,我国AR患病率高达18.46%。AR的发生与遗传和环境因素密切相关,临床表现为打喷嚏、鼻子发痒等症状,随着病程发展,症状易反复发作,严重影响患儿日常生活^[2-3]。常规西药治疗多给予白三烯受体拮抗剂、糖皮质激素等药物治疗,尽管这些药物能有效缓解鼻部症状,但其不良反应较为显著,如鼻干、鼻黏膜刺激等^[4]。近年来,中医药在治疗AR方面展现出独特的优势。中医将AR归为“鼻鼽”范畴,多为寒邪损伤肺脾阳气,肺气不利,气机阻滞而成。脾胃虚弱不能运化水湿,湿自内生,肺气亏虚不能通调水道,故遇寒热等刺激则鼻流清涕不止,鼻痒,喷嚏。故治疗上应以温阳健脾、利水降浊、化湿为主^[5]。玉屏风散是经典的中药方剂,出自《医方类聚》,全方由黄芪、白术、防风3味

中药组成,具有益气固表的作用,是治疗虚弱体质、抵抗外邪的重要方剂^[6]。保和丸出自朱丹溪的《丹溪心法》,包括山楂、茯苓、陈皮等中药,具有健脾消食、清热和胃的功效^[7]。目前,临床关于玉屏风散治疗AR患儿的研究较多,但关于玉屏风散合保和丸加减治疗脾虚湿盛AR患儿中的作用和机制尚不完全明确。基于此,本研究采取回顾性方法,分析玉屏风散合保和丸加减治疗儿童AR的临床疗效,以期为临床后续研究提供新思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取泰安市妇幼保健院2024年2月—2024年11月收治的92例AR患儿,按照不同治疗方法分为对照组和观察组,对照组45例、观察组47例。两组基础资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。研究经泰安市妇幼保健院伦理委员会审核批准(TAFY-LL-LW202506)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合AR的西医诊断^[8]标准。主要症状:清水样涕、鼻痒、鼻塞、喷嚏等症状出现2项或以上,每天症状

收稿日期:2025-03-08 修回日期:2026-01-08

基金项目:山东省自然科学基金面上项目(ZR2021MH345)

作者简介:王静(1978-),女,副主任医师,从事中医内科相关研究。

*通信作者:杨红霞(1974-),女,硕士,副主任医师,从事过敏性鼻炎的中医治疗相关研究。

持续或累计在 1 h 以上。伴随症状:伴有眼痒、结膜充血等眼部症状。体征:伴有鼻黏膜苍白、水肿或鼻腔水样分泌物。过敏原检测:至少 1 种过敏原皮肤点刺试验和(或)血清特异性 IgE 阳性。

表 1 两组 AR 患儿一般资料对比

组别	例数	性别[例(%)]		年龄($\bar{x}\pm s$)/岁	病程($\bar{x}\pm s$)/d
		男	女		
观察组	47	29(61.70)	18(38.30)	7.85±1.05	6.03±1.45
对照组	45	21(46.67)	24(53.33)	8.06±1.09	6.09±1.52
t/χ^2 值		2.095		0.941	0.194
P 值		0.148		0.349	0.847

1.2.2 中医诊断标准

符合 AR 的中医诊断^[9]标准。证型:脾虚湿盛;主症:鼻痒、鼻涕黏白、喷嚏不止、肢体困倦;次症:浮肿、食欲减退、腹泻,甚至出现恶心呕吐、口干但不渴或渴望热饮的症状,舌苔厚腻,脉象缓慢。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②年龄 3~14 岁;③近 1 个月未接受过相关治疗;④均知晓此次研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并有心、脑血管疾病者;②合并有血液系统疾病者;③鼻腔内有器质性疾病或者曾行鼻腔手术者;④合并精神疾病者;⑤就诊 2 周内出现呼吸道感染、肺部感染者;⑥不能坚持本方案或接受其他治疗方法观察者;⑦对本研究药物过敏者;⑧伴有先天性免疫功能障碍的患儿。

1.5 治疗方法

对照组采取常规治疗,给予布地奈德鼻喷雾剂(AstraZeneca AB,国药准字 J20180023,64 μg/120 喷)治疗,2 次/d,1 喷/次;孟鲁司特钠咀嚼片(石药集团欧意药业有限公司,国药准字 H20203048,5 mg),2~5 岁患儿 4 mg;6~14 岁儿童 5 mg,1 次/d。

观察组加用玉屏风散合保和丸加减治疗,基础方:焦山楂 15 g,陈皮、太子参、连翘、黄芪、茯苓各 9 g,姜半夏、白术、炒莱菔子、防风各 6 g,大枣 5 g,甜叶菊、甘草各 3 g。喷嚏多者加蝉蜕;鼻流清涕难止者加五味子;鼻塞较甚者加麻黄、桂枝;嗅觉减退者加丹参、葱白。上述中药冷水浸泡 30 min,用中医包煎方法,加水 1 000 mL,以武火煮至沸腾后转文火,煎煮 30 min 后过滤药液。二次加水 800 mL,重复煎煮 30 min,过滤并合并一煎药液,加热浓缩至 200 mL,100 mL 袋塑封打包 2 袋,置于 4℃ 冰箱中保存。2~5 岁患儿,每次 30~50 mL,2~3 次/d;6~14 岁患儿,每次 75~100 mL,早

晚服用。

两组均治疗 14 d。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 临床疗效

参考文献^[10]制定,治疗 14 d,显效:患儿鼻塞、流涕、打喷嚏等症状消失,鼻镜检查显示下鼻甲无肿胀,鼻腔黏膜色泽正常,无分泌物;有效:症状明显改善,鼻镜检查显示鼻甲轻度肿胀,鼻道有清涕;无效:症状无明显变化。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6.2 中医证候积分

主症评分标准:0 分、2 分、4 分、6 分分别表示正常至严重;次症评分标准:正常至重度分别计 0~3 分。

1.6.3 鼻通气功能

用 NR6 型鼻阻力仪、AI 型鼻声反射仪和 NV1 型鼻呼吸量仪,在患儿鼻压差为 150 Pa 时,测量并计算动脉鼻气道阻力(NAR)、0~5 cm 鼻腔容积(NCV)、鼻腔最小横截面积(NMCA)及 20 s 内鼻呼吸量(NS)。其中,NS:左鼻的呼气量与吸气量,及右鼻的呼气量与吸气量。

1.6.4 炎症因子和免疫球蛋白

抽取空腹静脉血 3 mL,离心 10 min,分离上层血清,用酶联免疫吸附法检测白介素(IL-1β、IL-6),降钙素原(PCT)水平。试剂盒由武汉博士德生物工程有限公司提供。选取放射免疫吸附法检测免疫球蛋白(IgE、IgG)水平。

1.6.5 不良反应

统计两组治疗期间的不良反应,包括皮疹、恶心、呕吐、嗜睡等。

1.7 统计学分析

SPSS24.0 软件分析数据,以($\bar{x}\pm s$)表示计量资料,用 t 检验。计数资料以“例(%)”表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组临床疗效优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 AR 患儿临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	47	31(65.96)	14(29.79)	2(4.26)	45(95.74)
对照组	45	25(55.56)	11(24.44)	9(20.00)	36(80.00)
χ^2 值					5.414
P 值					0.020

2.2 中医证候积分

治疗前,组间对比差异无统计学意义($P>0.05$),治疗 14 d,观察组中医证候积分低于对照组($P<0.01$)。见表 3。

表 3 两组 AR 患儿中医证候积分($\bar{x} \pm s$, 分)					
组别	例数	主症评分		次症评分	
		治疗前	治疗 14 d	治疗前	治疗 14 d
观察组	47	15.63 ± 2.14	6.85 ± 0.74 *	10.02 ± 1.24	4.69 ± 0.57 *
对照组	45	15.32 ± 2.07	9.47 ± 0.95 *	9.89 ± 1.15	6.96 ± 0.69 *
<i>t</i> 值		0.706	14.793	0.521	17.234
<i>P</i> 值		0.482	0.000	0.604	0.000

注:与本组治疗前相比, * *P* < 0.05。

表 4 两组 AR 患儿鼻通气功能比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	NAR/(kPa · s · L ⁻¹)		NCV/cm ³		NMCA/cm ²		NS/L	
		治疗前	治疗 14 d	治疗前	治疗 14 d	治疗前	治疗 14 d	治疗前	治疗 14 d
观察组	47	0.82 ± 0.20	0.39 ± 0.11 *	4.23 ± 0.52	8.63 ± 1.27 *	0.36 ± 0.10	0.68 ± 0.19 *	3.15 ± 0.63	5.39 ± 0.74 *
对照组	45	0.80 ± 0.19	0.53 ± 0.14 *	4.15 ± 0.46	6.32 ± 1.11 *	0.39 ± 0.11	0.52 ± 0.12 *	3.24 ± 0.65	4.39 ± 0.62 *
<i>t</i> 值		0.491	5.346	0.780	9.273	1.370	4.805	0.674	7.010
<i>P</i> 值		0.624	0.000	0.437	0.000	0.174	0.000	0.502	0.000

注:与本组治疗前相比, * *P* < 0.05。

2.4 炎症指标

治疗前,组间炎症指标对比差异无统计学意义

(*P* > 0.05), 治疗 14 d, 观察组 PCT、IL-1β、IL-6 水平低于对照组(*P* < 0.01)。见表 5。

表 5 两组 AR 患儿炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	PCT/(ng/mL)		IL-1β/(pg/mL)		IL-6/(ng/L)	
		治疗前	治疗 14 d	治疗前	治疗 14 d	治疗前	治疗 14 d
观察组	47	0.56 ± 0.13	0.31 ± 0.08 *	14.26 ± 2.81	10.14 ± 1.25 *	72.63 ± 3.24	34.25 ± 2.63 *
对照组	45	0.57 ± 0.16	0.42 ± 0.10 *	15.36 ± 2.89	13.41 ± 1.69 *	73.65 ± 3.24	43.95 ± 3.02 *
<i>t</i> 值		0.330	5.839	1.851	10.583	1.509	16.449
<i>P</i> 值		0.742	0.000	0.067	0.000	0.135	0.000

注:与本组治疗前相比, * *P* < 0.05。

2.5 免疫球蛋白

治疗前,两组间免疫球蛋白对比差异无统计学意义(*P* > 0.05), 治疗 14 d, 观察组 IgG、IgE 水平低于对照组(*P* < 0.01)。见表 6。

表 6 两组 AR 患儿免疫球蛋白水平比较($\bar{x} \pm s$, U/mL)					
组别	例数	IgG		IgE	
		治疗前	治疗 14 d	治疗前	治疗 14 d
观察组	47	70.23 ± 8.63	43.63 ± 5.36 *	4.30 ± 1.23	2.63 ± 0.25 *
对照组	45	68.15 ± 7.69	53.89 ± 5.69 *	4.42 ± 1.27	3.25 ± 0.31 *
<i>t</i> 值		1.219	8.906	0.460	10.581
<i>P</i> 值		0.226	0.000	0.646	0.000

注:与本组治疗前相比, * *P* < 0.05。

2.6 不良反应

两组治疗期间均未发生严重不良反应。

3 讨论

AR 最早记载可追溯至《礼记·月令》中“鼯嚏”一词,文中提到:“季秋行夏令……民多鼯嚏。”金元时期

2.3 鼻通气功能

治疗前,组间鼻通气功能对比差异无统计学意义(*P* > 0.05), 治疗 14 d, 观察组 NAR 水平低于对照组(*P* < 0.01), NCV、NMCA、NS 水平高于对照组(*P* < 0.01)。见表 4。

对“鼯嚏”已有一定解释,《素问玄机原病式》指出:“鼯者,鼻出清涕也……”。王肯堂在《证治准绳杂病·第八册·鼻》中解释为“鼻,谓鼻流清涕也”。AR 的病位在鼻部,并与肺、脾、肾等脏腑密切相关。《素问·玉机真脏论篇》指出:“脾为孤脏……则令人九窍不通。”脾主运化,且为生痰之源;肺为贮痰之器,痰湿上犯鼻窍,导致鼻气不通,从而引发鼻鼯^[11-12]。故治疗上应以补气健脾、固表祛风、调和脾胃、化湿为主。

本研究通过比较两组临床疗效、中医证候积分,表明采取玉屏风散合保和丸治疗效果显著,可减轻中医证候积分。玉屏风散合保和丸方中黄芪为补气药,具有益卫固表之效。白术为补虚药,具有燥湿、健脾和益气的功效,能够协助黄芪温养卫气,使气血旺盛,表虚得到改善。防风是一种解表药,具有祛风之效,并能够使黄芪、白术所补之气和调于卫。黄芪、白术与太子参配合应用,具有补气升阳、固表止汗之效。陈皮能够行气化痰,法半夏燥湿化痰,茯苓能渗湿,三药配伍应用,具有化痰祛湿之功。太子参与白术配合,有健脾补气

之效;太子参与大枣配合应用,具有益气养血、健脾补肺之效。甜叶菊具有清热解毒、生津止渴、润肠通便之效。陈皮、甘草调和诸药,其味甘,性平,归心、肺、脾、胃经,具有补脾益气、清热解毒、祛痰止咳、缓急止痛、调和诸药的功效。上述中药联合应用,有消食导滞,理气和胃、益气、止汗、固表的作用。此外,玉屏风散合保和丸中的神曲可消食和胃,山楂同样具有消食化积的功效,尤其擅长消肉食积滞。莱菔子能够消食除胀,降气化痰,对于食积所致的脘腹胀满有良好的效果。诸药合用,不仅增强消食导滞的功能,还兼顾益气固表、健脾和胃的作用,从而使得该方剂在治疗相关病症时能够发挥出综合的治疗效果。现代药理学研究表明^[13-14],山楂的主要成分为槲皮素、槲皮苷等黄酮类化合物,具有抗氧化、抗炎的功能,不仅有助于减轻鼻腔局部炎症,还可能通过调节体内氧化应激状态,促进鼻腔黏膜的修复和恢复。陈皮中的挥发油成分如萜烯类化合物,具有抗过敏和抗炎的效果,能够减轻鼻腔黏膜的炎症和水肿,缓解鼻塞等症状。太子参含有多糖类、挥发油等营养成分,具有抗炎、免疫调节等作用,通过调节机体的免疫反应,减少过度的炎症反应,从而减轻 AR 症状。连翘含有多种天然黄酮类化合物,如连翘甙等,具有明显的抗炎作用,能够抑制过敏反应引发的局部炎症,减轻鼻塞、流涕等症状。

研究指出^[15],AR 由于鼻腔黏膜的炎症、肿胀以及分泌物的增加,通常会出现鼻塞和鼻腔通气不畅的情况。刘大英等^[16]研究表明,AR 是由特异性个体接触变应原后引发的,主要通过免疫球蛋白 E (IgE) 介导,辅助型 T 细胞 2 (Th2) 主导的鼻黏膜非感染性炎性疾病,涉及多种免疫炎性细胞,常在个体基因与环境相互作用下而诱发。因此,监测鼻通气指标、炎症指标和免疫指标变化,有助于判断 AR 严重程度、病程变化及对治疗的反应。本研究结果表明,采取玉屏风散合保和丸治疗可显著改善鼻通气功能,减轻炎症水平,提高免疫状态。现代药理学研究表明^[17-20],防风中的挥发油和黄酮类成分具有抗过敏、抗炎作用,能够调节免疫系统,抑制过敏反应。姜半夏中的生物碱和挥发油成分,对呼吸道痰湿症状有明显的缓解作用,能够减少鼻腔分泌物,从而改善 AR 患者的呼吸状况。白术能够通过调节免疫系统,减少过敏反应中的炎症因子释放,减轻鼻腔黏膜的炎症。山楂中的山楂酸、槲皮素等成分,则通过增强巨噬细胞的活性、促进 T 细胞增殖等机制,提高机体的免疫反应,为 AR 的免疫治疗提供了新的思路。

综上所述,AR 患儿采取玉屏风散合保和丸治疗

效果显著,可减轻中医证候积分和炎症水平,改善鼻通气功能,提高免疫状态,临床应用安全性尚可。

参考文献:

- [1] 江莲英,华晓星,梁景熙. 散风通窍滴丸联合氯雷他定治疗儿童过敏性鼻炎的临床研究[J]. 现代药物与临床,2023,38(10):2500-2505.
- [2] 王艳国,宿胄,付士芳,等. 推拿治疗轻度儿童过敏性鼻炎的疗效评价研究[J]. 天津中医药,2023,40(11):1382-1387.
- [3] WISE S K, DAMASK C, GREENHAWT M, et al. A synopsis of guidance for allergic rhinitis diagnosis and management from ICAR 2023[J]. J Allergy Clin Immunol Pract,2023,11(3):773-796.
- [4] STEINER N C, LORENTZ A. Probiotic potential of Lactobacillus species in allergic rhinitis[J]. Int Arch Allergy Immunol,2021,182(9):807-818.
- [5] 闫盼盼,李彦冉,刘洋,等. 中药治疗过敏性鼻炎的机制分析[J]. 中华中医药杂志,2024,39(1):309-313.
- [6] 郑贇,沈莉,李斌. 小青龙汤联合玉屏风散治疗季节性变应性鼻炎疗效观察[J]. 四川中医,2024,42(7):168-171.
- [7] 王也民,杨新栋,沈其霖,等. 从“痞坚之处,必有伏阳”议保和丸用连翘之旨[J]. 中华中医药杂志,2023,38(12):6083-6085.
- [8] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会. 儿童过敏性鼻炎诊疗——临床实践指南[J]. 中国实用儿科杂志,2019,34(3):169-175.
- [9] 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.
- [10] 罗丹. 加味玉屏风散联合推拿治疗小儿过敏性鼻炎的疗效观察[J]. 黔南民族医学学报,2020,33(2):97-99.
- [11] 李洁,曹飞,李玉梅,等. 玉屏风散辅助治疗支气管哮喘合并过敏性鼻炎疗效及对 sICAM-1、IL-10 变化的研究[J]. 中华中医药学刊,2022,40(8):197-200.
- [12] 陈颖,姚睿祺,薛崇祥,等. 加味玉屏风散辨治过敏性鼻炎经验[J]. 中日友好医院学报,2024,38(2):109-110.
- [13] 郁文越,朱佳. 朱佳运用角药辨治原发性支气管肺癌[J]. 中医学报,2022,37(4):794-799.
- [14] 谢璇,李世增. 李世增教授隔脏治疗法论治慢性胃炎的诊治规律及用药特点[J]. 世界中医药,2023,18(24):3572-3576.
- [15] 王浩,刘成云,刘骞. 鼻内针刺鼻丘穴、内迎香穴联合中药贴敷治疗过敏性鼻炎疗效及对鼻腔分泌物 EOS%、血清总 IgE、IL-4 及 SP 水平的影响[J]. 四川中医,2024,42(5):193-197.
- [16] 刘大英,刘顺利,梁萌萌,等. 穴位贴敷联合中药口服及聚焦超声手术治疗过敏性鼻炎的疗效及对血清免疫炎性指标和生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2023,32(14):1957-1962.
- [17] 周冠辰,戴恒,陈权,等. 基于数据挖掘的单兆伟治疗胃痛病用药规律研究[J]. 中国中医药信息杂志,2022,29(8):37-41.
- [18] 王超杰,王轩,程光宇,等. 基于可视化网络分析治疗小儿癫痫古方的用药特点与配伍规律[J]. 国际中医中药杂志,2024,46(1):90-96.
- [19] 孙飞,吴相亲,戚悦,等. 基于偏最小二乘算法探究山楂和焦山楂消食健脾功效成分[J]. 中国中药杂志,2023,48(4):958-965.
- [20] 宋健,孟凯强,张帅,等. 基于数据挖掘分析沈舒文教授治疗功能性消化不良的组方用药规律[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(10):1909-1915,1923.

Clinical Efficacy Observation of Yupingfeng Powder Combined with Modified Baohe Pill in the Treatment of Allergic Rhinitis (Spleen Deficiency and Dampness Excess Type) in Children

WANG Jing, YANG Hongxia, PENG Fei, YAN Chuanlong

Tai'an Maternal and Child Health Hospital, Tai'an 271000, China

Abstract Objective: To analyze the therapeutic effect of Yupingfeng Powder combined with modified Baohe Pill in the treatment of allergic rhinitis (AR) of spleen deficiency and dampness excess type in children. Methods: A total of 92 children with AR admitted to Tai'an Maternal and Child Health Hospital from February 2024 to November 2024 were selected and divided into a control group and an observation group according to different treatment methods. There were 45 cases in the control group treated with conventional intervention, and 47 cases in the observation group additionally treated with Yupingfeng Powder combined with modified Baohe Pill. Both groups received 14 days of treatment. The therapeutic effects of the two groups were compared; the levels of interleukin (IL-1 β , IL-6), procalcitonin (PCT), and immunoglobulin (IgE, IgG) were compared between the two groups; the TCM syndrome scores, nasal airway resistance (NAR), nasal cavity volume at 0 ~ 5 cm (NCV), minimal nasal cross-sectional area (NMCA), and nasal respiratory volume within 20 seconds (NS) were observed in both groups; the occurrence of adverse reactions in the two groups was also recorded. Results: The therapeutic effect of the observation group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). After 14 days of treatment, the levels of interleukin (IL-1 β , IL-6), procalcitonin (PCT), immunoglobulin (IgE, IgG), and TCM syndrome scores in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.01$). After 14 days of treatment, the NAR level in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.01$), while the NCV, NMCA and NS levels were higher than those in the control group ($P < 0.01$). No severe adverse reactions occurred in either group during the treatment period. Conclusion: Yupingfeng Powder combined with modified Baohe Pill exerts a significant therapeutic effect in children with AR. It can reduce TCM syndrome scores and inflammatory levels, improve nasal ventilation function, enhance immune status, and has acceptable safety in clinical application.

Key words Yupingfeng Powder; Modified Baohe Pill; Children; Allergic rhinitis