

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.03.008

232 例成人过敏性哮喘急性发作期患者 中医证候分布及特征研究

包春春¹, 陈远彬^{1,2}✉, 吴蕾², 林琳², 刘兴华³, 叶占兰³

1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东省广州市白云区机场路 12 号, 510000; 2. 广东省中医院; 3. 广东省东莞市中西医结合医院

[摘要] **目的** 探讨成人过敏性哮喘急性发作期患者中医证候分布规律与证候特征。**方法** 采用回顾性、横断面调查研究方法, 收集过敏性哮喘急性发作期患者临床资料, 设计中医证候调查表, 将患者辨证分为外寒内饮证、痰浊阻肺证、风痰阻肺证、痰热壅肺证 4 个证型。运用 SPSS 25.0 软件建立中医临床数据库, 分析不同中医证型患者主要症状、伴随过敏性疾病、过敏原 IgE 类型、血清总免疫球蛋白 E (TIgE) 水平, 探讨过敏性哮喘急性发作期患者中医证候特点。**结果** 共收集 232 例过敏性哮喘急性发作期患者临床资料, 吸入性过敏原排名前三位为尘螨、蟑螂、矮豚草/蒿/葎草/普通豚草, 食入性过敏原排名前三位为蟹、海鱼组合、鸡蛋黄(清)/虾。232 例患者中以风痰阻肺证(53.88%)为主, 其次分别为痰热壅肺证(28.45%)、痰浊阻肺证(9.05%)、外寒内饮证(8.62%)。不同中医证型患者性别、年龄、病程、是否伴随过敏性疾病、疾病严重程度、过敏原 IgE 类型在证候中的分布差异无统计学意义($P>0.05$), 而 TIgE 水平在各证候间的差异有统计学意义($H=9.21, P=0.03$), 外寒内饮证患者 TIgE 水平显著高于风痰阻肺证患者($P<0.0083$)。不同证型患者主症分布差异无统计学意义($\chi^2=13.53, P=0.14$)。**结论** 成人过敏性哮喘急性发作期患者以风痰阻肺、痰热阻肺证为主要证候类型, 外寒内饮证患者血清 TIgE 水平明显升高。

[关键词] 过敏性哮喘; 急性发作期; 中医证型; 总免疫球蛋白 E

过敏性哮喘是支气管哮喘的重要表型, 是一种由过敏原触发或加重、以慢性气道炎症和气道高反应性为特征的异质性疾病^[1], 其发病率占支气管哮喘的 60%~80%^[2]。本病治疗以控制症状为主, 但环境中无法避免的各种过敏原会导致哮喘反复发作。现有西医治疗仍以吸入式糖皮质激素、支气管舒张剂、抗炎抗过敏药物为主, 但患者临床控制仍不理想^[3-4]。而针对致敏因素及免疫应答的变应原特异性免疫治疗及抗 IgE 治疗在临床上的应用也受到一定限制^[5]。已有研究^[6]表明, 中医药治疗哮喘可有效缓解急性期患者的临床症状、减少急性发

作次数且安全性较好。中医证候是中医药辨治疾病的重要环节, 了解疾病的证候特征及分布规律有益于提高疾病的诊疗水平。本研究采用回顾性、横断面调查研究的方法, 收集过敏性哮喘急性发作期患者的病史及诊疗信息, 分析其中医证候分布及证候特征, 为过敏性哮喘的中医辨证和治疗提供参考。本研究经广东省中医院伦理委员会审查通过, 批件号: 广东省中医院伦理委员会 YE2020-226-01。

1 资料

1.1 研究对象

收集 2012 年 1 月 25 日至 2020 年 8 月 11 日广东省中医院呼吸科住院部确诊的过敏性哮喘急性发作期患者的临床资料。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《中国过敏性哮喘诊治指南(第一版, 2019 年)》^[1]。分期及分级标准参照

基金项目: 广东省科技创新战略专项资金(粤港澳联合实验室)项目(2020B1212030006); 广州市科技计划项目(202002020042); 广东省中医院名中医药专家学术经验传承工作室建设项目(中医二院[2014]89号); 广东省东莞市名中医药专家传承工作室建设项目(东卫函[2020]136号); 广州中医药大学“双一流”与高水平大学学科协同创新团队(2021xk27)

✉ 通讯作者: chenyanbin110@163.com

《支气管哮喘防治指南（2020 年版）》^[4] 中急性发作期的诊断标准，以及病情严重程度分级标准。

1.3 纳入标准

1) 符合过敏性哮喘诊断标准，处于急性发作期，血清吸入组/食物组过敏原检测至少提示 1 种过敏原阳性；2) 年龄 18~80 岁；3) 患者入院时以过敏性哮喘作为第一诊断，可伴随有其他过敏性疾病（如过敏性鼻炎、湿疹、荨麻疹等）。

1.4 排除标准

1) 病例资料不完整者；2) 合并慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、肺源性心脏病等其他肺部疾病者；3) 合并嗜酸性粒细胞性支气管炎、嗜酸性粒细胞性肺炎等，以及自身免疫性结缔组织病（如系统性红斑狼疮、干燥综合征等）；4) 合并心、脑、肝、肾等系统较严重的原发性疾病；5) 精神类疾病患者。

2 方法

2.1 调查表的制定

参照《支气管哮喘中医证候诊断标准（2016 年版）》^[7] 制定过敏性哮喘急性发作期中医证候临床调查表，并按《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[8] 中的分级标准将主症条目量化；采取专家问卷咨询的形式，对中医呼吸领域内的 5 名高级职称中医师展开专家调研，对调查表进行论证修改，形成预调查表；对符合标准的 12 例患者进行预调查，测评初步制定的调查表的完整性、合理性及可行性，形成最终调查表。

调查表内容包括疾病一般资料及中医四诊信息。疾病一般资料包括性别、年龄、病程、是否年幼起病、吸烟史、过敏史、家族史、疾病严重程度分级、血清总免疫球蛋白 E (TlgE) 检测等。中医四诊信息包括主症、伴随症状及舌脉。参照《支气管哮喘中医证候诊断标准（2016 年版）》^[7]、《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[8] 及结合专家意见，调查表主症包括喘息、咳嗽（干咳、湿咳）、胸闷、哮鸣音、痰鸣音。伴随症状包括鼻塞、流涕、喷嚏、咽部症状、精神状态、面色、寒热、汗出、睡眠、饮食口味、大便、小便等。调查表中将症状分为“有”“无”两项，并根据症状特点，设置严重程度、性质、发作时间、加重因素等子项。本研究为回顾性研究，部分患者的病例中并未提到是否闻及哮鸣音、痰鸣音，为了减少偏倚，则未统计哮鸣音、痰鸣音。

2.2 调查方法

研究开始前对项目研究人员进行培训，通过本院住院病例系统（CHAS 1.98.20）录入符合纳入标准的患者信息；中医辨证分型由 2 名高级职称的中医师参照证候诊断标准进行判定。证候判定存在分歧者咨询第三名高级职称中医师后共同讨论确定。中医证候诊断标准参照《支气管哮喘中医证候诊断标准（2016 年版）》^[7]。1) 外寒内饮证：(1) 喘促或咳嗽或胸闷、气短；(2) 恶寒、无汗，或肢体酸楚甚至酸痛；(3) 痰白清稀或兼泡沫；(4) 喉中痰鸣；(5) 舌苔白滑，或脉紧或浮紧或滑。诊断：具备 (1) (2) 2 项，加 (3) (4) (5) 中 2 项。2) 痰浊阻肺证：(1) 喘促或咳嗽或胸闷、气短；(2) 喉中痰鸣；(3) 痰多、白黏或清稀；(4) 胃脘痞满；(5) 纳呆或食少；(6) 肢体困倦；(7) 舌苔白腻，或脉滑或弦滑。诊断：具备 (1) (2) (3) 中 2 项，加 (4) (5) (6) (7) 中 2 项。3) 风痰阻肺证：(1) 喘促或咳嗽或胸闷、气短；(2) 遇异味则喘或喉中痰鸣；(3) 鼻痒或喷嚏、流清涕或咽痒；(4) 痰白黏或咯痰不爽；(5) 脉滑或弦滑。诊断：具备 (1) (2) (3) 中 2 项，加 (4) (5) 中 1 项。4) 痰热壅肺证：(1) 喘促、气急或咳嗽或胸闷、气短；(2) 痰黄或黏稠；(3) 发热或口渴喜冷饮；(4) 大便秘结；(5) 舌质红，舌苔黄或黄腻，脉数或滑数。诊断：具备 (1) (2) 2 项，加 (3) (4) (5) 中 2 项。

2.3 样本量估算

参照《支气管哮喘中医证候诊断标准（2016 年版）》^[7] 并结合专家意见，最终确定本研究中医证候四诊指标数为 44 个。根据多因素分析的一般规则，样本含量应为所有变量（中医证候四诊指标）的 5~10 倍^[9]，因此本研究样本量应不少于 220 例。

2.4 统计学方法

运用 SPSS 25.0 软件进行统计分析。计量资料服从正态分布者采用均值±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用方差分析进行组间比较；不服从正态分布者采用 $M(P_{25} \sim P_{75})$ 表示，采用非参数检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。当多组比较总体差异显著时，采用 Bonferroni 法校正显著性水平进行组间两两比较，调整 α 水平为 0.0083。

3 结果

3.1 一般情况

本研究共纳入 232 例患者，其中男性 88 例，女性 144 例，男女比例为 0.61 : 1。年龄 18~80 岁，

中位年龄 55 (43~65) 岁, 中位病程 4 (1~10) 年; 伴随其他过敏性疾病 71 例 (其中伴随变应性鼻炎 60 例, 伴随荨麻疹、湿疹等过敏性皮肤病 15 例), 无伴随其他过敏性疾病 161 例; 具有肺部及过敏性疾病家族史患者 36 例, 其中哮喘家族史 26 例, 过敏性鼻炎家族史 1 例, 同时有哮喘和过敏性鼻炎家族史 2 例, 其他肺部疾病家族史 7 例。

3.2 过敏原统计结果

表 1 示, 食入性过敏原检测中, 232 例患者出现过敏原总频次为 147 次, 其中频次前三位分别为蟹、海鱼组合、鸡蛋黄 (清) / 虾。吸入性过敏原检测中, 232 例患者出现过敏原总频次为 356 次, 其中频次前三位分别为尘螨、蟑螂、矮豚草/蒿/葎草/普通豚草。

表 1 232 例过敏性哮喘急性发作期患者过敏原 IgE 测定结果

食入性过敏原	频次 (%)	吸入性过敏原	频次 (%)
蟹	43 (29.25)	尘螨	150 (42.13)
海鱼组合	31 (21.09)	蟑螂	50 (14.04)
鸡蛋黄 (清)	15 (10.20)	矮豚草/蒿/葎草/普通豚草	47 (13.20)
虾	15 (10.20)	柳梧榆栎杨树	28 (7.87)
花生	12 (8.16)	屋尘	23 (6.46)
黄豆	10 (6.80)	猫毛皮屑	21 (5.90)
牛奶	6 (4.08)	狗毛皮屑	17 (4.78)
牛肉	5 (3.40)	霉菌组合	13 (3.65)
羊肉	4 (2.72)	桑树	4 (1.12)
淡水鱼组合	4 (2.72)	苋	3 (0.84)
腰果	1 (0.68)		
小麦	1 (0.68)		

3.3 证候分布结果

232 例过敏性哮喘急性发作期患者中医证候以风痰阻肺证、痰热壅肺证为主, 例数由高到低排列

依次为风痰阻肺证 125 例 (53.88%)、痰热壅肺证 66 例 (28.45%)、痰浊阻肺证 21 例 (9.05%)、外寒内饮证 20 例 (8.62%)。

3.4 不同证型患者一般资料比较

表 2 示, 不同证型患者性别、年龄、病程、疾病严重程度分布差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3.5 不同证型患者主要症状分布比较

表 3 示, 过敏性哮喘急性发作期患者 4 种证型均以湿咳、喘息症状明显, 但不同证型患者主症分布差异无统计学意义 ($\chi^2=13.53$, $P=0.14$)。

3.6 不同证型患者伴随过敏性疾病、过敏原类型分布情况

表 4 示, 是否伴随过敏性疾病在证型间的分布差异无统计学意义 ($P>0.05$)。吸入性、食入性、混合型三类过敏原 IgE 在各证型中的分布差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3.7 不同证型患者 TIgE 水平比较

由于 32 例患者缺少 TIgE 数据, 本研究对 200 例患者进行证型间 TIgE 水平比较。表 5 示, 经非参数检验, TIgE 水平在证型间的差异有统计学意义 ($H=9.21$, $P=0.03$)。组间两两比较发现, TIgE 水平在外寒内饮证与风痰阻肺证的差异有统计学意义 ($P<0.0083$), 在其他证型间的差异无统计学意义。

4 讨论

过敏性哮喘属中医学“哮病”范畴, 其病位在肺, 总体病机为本虚标实, 本虚多与肺、脾、肾三脏气虚或阳气不足相关, 标实常与痰浊、痰热、痰饮、气郁等相关。过敏性哮喘病机复杂, 常因外界因素诱发急性发作, 发病迅速, 病情变化快, 如何

表 2 232 例不同证型过敏性哮喘急性发作期患者一般资料比较

证型	例数	性别 (例, 男/女)	年龄 [岁, $M(P_{25} \sim P_{75})$]	病程 [年, $M(P_{25} \sim P_{75})$]	疾病严重程度 (例, 轻/中/重/危重)
外寒内饮证	20	5/15	59 (48~71)	10 (3~27)	6/9/0/5
痰浊阻肺证	21	7/14	54 (41~66)	3 (1~11)	3/8/5/5
痰热壅肺证	66	31/35	50 (35~65)	4 (1~12)	18/30/8/10
风痰阻肺证	125	45/80	57 (45~64)	3 (1~10)	48/40/21/16
χ^2/H 值		4.91	4.54	5.78	5.34
P 值		0.25	0.12	0.21	0.15

表 3 232 例不同证型过敏性哮喘急性发作期患者主要症状分布情况

证型	例数	总频次	喘息	干咳	湿咳	胸闷
外寒内饮证	20	47	17 (36.17)	0	20 (42.55)	10 (21.28)
痰浊阻肺证	21	40	19 (47.50)	0	10 (25.00)	11 (27.50)
痰热壅肺证	66	147	59 (40.14)	2 (1.36)	64 (43.54)	22 (14.97)
风痰阻肺证	125	266	98 (36.84)	12 (4.51)	111 (41.73)	45 (16.92)

表 4 不同证型过敏性哮喘急性发作期患者伴随过敏性疾病、过敏原 IgE 类型分布比较 (例)

证型	例数	伴随过敏性疾病 (是/否)	过敏原类型 (吸入性/食入性/混合型)
外寒内饮证	20	5/15	11/4/5
痰浊阻肺证	21	5/16	14/2/5
痰热壅肺证	66	15/51	37/6/23
风痰阻肺证	125	46/79	74/12/39
χ^2 值		4.90	3.17
P 值		0.18	0.80

表 5 不同证型过敏性哮喘急性发作期患者血清 TIgE 水平比较 [IU·ml⁻¹, M (P₂₅~P₇₅)]

证型	例数	TIgE
外寒内饮证	14	510.4 (287.4~1144.0)
痰浊阻肺证	20	138.2 (47.3~630.7)
痰热壅肺证	59	346.6 (112.1~687.7)
风痰阻肺证	107	253.0 (119.4~418.9)

注: TIgE, 总免疫球蛋白 E。

快速精准地进行诊疗用药是治疗的重点。辨证论治是中医认识和治疗疾病的基本原则,包括辨证和论治两个过程。辨证是论治的前提和依据,提高辨证的准确性,对于提高中医临床疗效水平极为重要,有利于疾病的有效防治。

本研究对过敏性哮喘急性发作期患者的症状及证候展开研究。发现急性期患者以风痰阻肺证、痰热壅肺证为主要证型,这与“痰”是哮喘的主要病理因素认识^[10]一致。过敏性哮喘的急性发作多因接触各类过敏原诱发,发作时常有鼻痒、咽痒、喷嚏、流清涕的症状,发病迅速,骤发骤止,缓解时如常人,这些特点与风邪“风盛则痒、风盛则痉、风善行而数变”的致病特点类似^[11-12],因此,风邪在哮喘发病中起重要作用。晁恩祥教授由此提出“风哮”病名,并以“风盛痰阻,气道挛急”解释风哮病机^[13],故风痰阻肺证是过敏性哮喘急性发作期最为常见的证型。本研究病例均来自住院部,哮喘发作时患者往往并未立即住院治疗,因治疗不及时,病邪郁而化热,导致痰热壅肺证在临床上亦不少见。现代研究对本病的证候调查甚少,但总体上以热哮、风痰哮、寒哮为主^[14-16],与本次研究结果具有统一性。

过敏性哮喘由接触过敏原诱发或加重。按接触方式不同,过敏原可分为吸入性、食入性及混合型 3 种类型。本研究结果显示,吸入性过敏原 IgE 以尘螨、蟑螂、矮豚草/蒿/葎草/普通豚草常见,食入性过敏原 IgE 以蟹、海鱼组合、虾、鸡蛋黄(清)

常见,此结果与我国大多数过敏原的研究结果^[17-18]一致。分析发现吸入性过敏原患者高达 356 例,其中又以尘螨构成比最高(42.13%),提示在过敏性哮喘的预防中需警惕呼吸道过敏原的吸入,特别是尘螨过敏原的预防。

本研究中伴随其他过敏性疾病患者共 71 例,其中以过敏性鼻炎患者居多(60 例),这与既往研究显示过敏性鼻炎未控制者可严重影响过敏性哮喘的控制^[1]结果一致。本研究虽未发现是否伴随过敏性疾病在证候间的分布差异具有统计学意义,但分析发现风痰阻肺证患者中伴随过敏性疾病所占比例较大,从中体现出风邪对过敏性疾病的重要致病作用,提示临床治疗过敏性哮喘的同时,应注意皮肤、鼻窍等过敏性疾病的治疗。

TIgE 水平是针对各种变应原 IgE 的总和。本研究结果显示,外寒内饮证患者 TIgE 水平显著高于风痰阻肺证,提示寒饮之邪可能是导致 TIgE 升高的危险因素,因此治疗上需注意温化寒饮。本研究与既往研究结果^[19-20]存在差异,其原因可能是本研究为回顾性研究,纳入患者多为中老年,是单中心研究,不排除存在地域差异,导致研究结果存在一定偏倚。未来期待更具有样本代表性的前瞻性流行病学研究进一步探索证候要素与过敏性哮喘致病因素的相关性。

参考文献

[1] 中华医学会变态反应分会呼吸过敏学组,中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 中国过敏性哮喘诊治指南(第一版,2019 年)[J]. 中华内科杂志,2019,59(9):636-655.

[2] HUANG K, YANG T, XU J, et al. Prevalence, risk factors, and management of asthma in China: a national cross-sectional study [J]. Lancet, 2019, 394 (10196): 407-418.

[3] 全国儿科哮喘协作组,中国疾病预防控制中心环境与健康相关产品安全所. 第三次中国城市儿童哮喘流行病学调查[J]. 中华儿科杂志,2013,51(10):729-735.

[4] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(2020 年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2020,43(12):1023-1048.

[5] PRICE D, FLETCHER M, MOLEN T. Asthma control and management in 8 000 European patients: the REcognise Asthma and Link to Symptoms and Experience: (REALISE) survey [J]. Primar Care Respirat Med, 2014, 24(Suppl 1):2095-2128.

[6] CHEN YB, SHERGIS JL, WU ZH, et al. Herbal medicine for adult patients with cough variant asthma: a systematic

- review and meta-analysis [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2021, 2021: 13. doi:10. 1155/2021/5853137.
- [7] 李建生, 王至婉. 支气管哮喘中医证候诊断标准(2016 版)[J]. 中医杂志, 2016, 57(22): 1978-1980.
- [8] 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.
- [9] 胡立胜, 周强. 中医临床研究设计与 SAS 编程统计分析[M]. 北京: 学苑出版社, 2004: 80-97.
- [10] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 79.
- [11] 王强, 杨继, 张垚. 孙增涛教授辨治支气管哮喘经验总结[J]. 中国中医急症, 2020, 29(2): 341-343, 354.
- [12] 周红光, 陈海彬, 周学平. 周仲瑛临证辨治哮喘心法[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(4): 401-403.
- [13] 杨玉萍, 晁恩祥. 国医大师晁恩祥教授从风论治呼吸疾病理论[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(12): 3702-3704.
- [14] 杨天一, 江柏华, 张碧海, 等. 支气管哮喘的证候规律分析研究[J]. 黑龙江中医药, 2016, 45(6): 2-3.
- [15] 张弦, 王强, 刘恩顺, 等. 成人支气管哮喘患者随病程中医证候演变特点分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(5): 663-665.
- [16] 李小娟, 孙增涛, 朱海燕, 等. 334 例支气管哮喘急性发作期患者中医证候特征及其与呼出气一氧化氮水平的关系[J]. 中医杂志, 2018, 59(4): 312-315.
- [17] 陈香梅, 张亮, 齐立明, 等. 北京地区 3236 例过敏性疾病患者血清过敏原的季节差异分析[J]. 河北医科大学学报, 2019, 40(10): 1180-1184.
- [18] 韩晗, 郑绪阳, 盛文彬, 等. 杭州市 2016-2018 年哮喘儿童 2686 例血清过敏原检测结果分析[J]. 中国乡村医药, 2020, 27(19): 48-49.
- [19] 刘宗伟. 支气管哮喘中医辨证分型与血清 IL-25、总 IgE 关系的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [20] 高晓辉. 支气管哮喘患者体质、证型及血清 IgE 水平相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.

Distribution and Characteristics of Traditional Chinese Medicine Syndromes in 232 Adults with Acute Attack of Allergic Asthma

BAO Chunchun¹, CHEN Yuanbin^{1,2}, WU Lei², LIN Lin², LIU Xinghua³, YE Zhanlan³

1. The Second Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510000; 2. Guangdong Provincial Traditional Chinese Medical Hospital; 3. Dongguan Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Guangdong Province

ABSTRACT Objective To explore the distribution and characteristics of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes in adults with acute attack of allergic asthma. **Methods** A retrospective cross-sectional study was designed to collect data in patients with acute attack of allergic asthma. The TCM syndrome questionnaire was developed, in which patients were divided into four syndromes including external cold and internal rheum syndrome, turbid phlegm obstructing the lung syndrome, wind-phlegm obstructing the lung syndrome, and phlegm-heat obstructing the lung syndrome. SPSS 25.0 software was used to establish a TCM clinical database to analyze the main symptoms, concomitant allergic diseases, allergen IgE type, serum total immunoglobulin E (TIgE) level of each TCM syndrome, and to explore the characteristics of TCM syndromes of adults with acute attack of allergic asthma. **Results** A total of 232 patients with acute attack of allergic asthma were included. The top three inhaled allergens were dust mites, cockroaches, and dwarf ambrosia/ artemisia/ humulus/ common ambrosia, while the top three inhaled allergens were crab, sea fish combination, and egg yolk or whites/ shrimp. Among the 232 patients, the main syndrome was wind-phlegm obstructing the lung (53.88%), followed by phlegm-heat obstructing the lung syndrome (28.45%), turbid phlegm obstructing the lung syndrome (9.05%) and external cold and internal rheum syndrome (8.62%). There were no significant differences in gender, age, course of disease, whether accompanied by allergic diseases, disease severity, and allergen IgE type among different TCM syndromes ($P > 0.05$). The TIgE levels were significantly different among groups ($H = 9.21$, $P < 0.05$), and they were higher in patients with external cold and internal rheum syndrome than with wind-phlegm obstructing the lung syndrome ($P < 0.0083$). There was no significant difference in the distribution of the main symptoms of patients with different TCM syndrome types ($\chi^2 = 13.53$, $P = 0.14$). **Conclusion** The main TCM syndromes of adult patients with acute attack of allergic asthma are wind-phlegm obstructing lung syndrome and phlegm-heat obstructing lung syndrome, and higher serum TIgE level is seen in patients with external cold and internal rheum syndrome.

Keywords allergic asthma; acute attack; traditional Chinese medicine syndromes; total immunoglobulin E

(收稿日期: 2021-04-28; 修回日期: 2021-11-20)

[编辑: 邓媛]