



“阿嚏——阿嚏——”

立秋刚过,空气似乎也跟着“敏感”起来。清晨与傍晚的凉风一吹,街头地铁口、办公楼电梯间里,喷嚏声此起彼伏。鼻子发痒、眼睛泛红、嗓子发干——症状与感冒如出一辙,但往往体温没有升高。这并非病毒来袭,而是悄然而至的秋季过敏。

《中国变应性鼻炎诊断和治疗指南(2022年修订版)》显示,2005年至2011年,我国成人过敏性鼻炎自报患病率由11.1%上升至17.6%;其中一项覆盖13个城市的门诊患者临床特征调查发现,变应性鼻炎患者的就诊高峰集中在8月和9月。

同样,儿童过敏性疾病的发病率也呈明显上升趋势。《儿童过敏性疾病诊断及治疗专家共识》指出,1至7岁儿童特应性皮炎患病率从2002年的3.07%升至2015年的12.94%;2010年我国14岁以下城市儿童哮喘患病率亦较10年前和20年前分别增长约43.4%和147.9%。

过敏性疾病已十分普遍,并且在不断加重不同人群的健康负担。



## 秋季过敏的成因

气候变化加剧过敏与哮喘的机制时,尹佳驱动因素:一是环境过敏原暴露增加,背后

原因包括温室气体排放增加、全球气温上升及污染物增多;二是微生物群变化,研究发现俄罗斯年轻人群的皮肤和鼻腔微生物群比芬兰人群更为丰富多样,而这些微生物影响基因激活及表观遗传适应;三是上皮屏障假说,即上皮屏障功能受损者的上皮细胞内易引发炎症反应,释放多种警报信号,吸引促炎细胞聚集,且其免疫机制主要涉及2型免疫反应,最终促成过敏状态和过敏反应的发生。

此外,国际上也观察到诸如此类现象。尹佳提到,加拿大豚草花粉季在1995年至2009年间延长了3周多,美国春季花粉季提前来临,英国植物开花时间较10年前提前约4.5天,波兰和意大利的花粉季节也普遍延长,且杂草花粉入侵致敏率较低的地区。

大量研究表明,霉菌是重要的呼吸道过敏原,不仅可诱发过敏性鼻炎,还可能在部分人群中引发或加重哮喘。霉菌、酵母菌等真菌的孢子广泛存在于自然环境中,颗粒轻盈,易随空气传播,性质与花粉相似。

针对这些问题,尹佳建议,通过改善室内外环境和践行绿色生活方式,能够有效降低过敏风险。

尹佳指出,2022年涵盖7国46个城市的横断面研究显示,城市植被覆盖率每增加10%,6至7岁儿童过敏性鼻炎患病率可下降3.5%。基于此,她提倡实施城市树木致敏性分类及替代等科学绿化策略,作为环境干预的重要手段。

此外,美国哈佛大学医学院健康出版机构在其文章《秋季过敏预警》中指出,秋季过敏不仅由杂草花粉引发,霉菌在这一时期同样具有较强的致敏性。随着首次霜冻的到来,霉菌逐渐成为主要的过敏原。

这些孢子能够在干燥和恶劣环境中长期存活,在潮湿温暖的条件下更易大量繁殖。秋季特有的气候特征如晨露、降雨残留以及落叶腐烂,为霉菌提供了理想的生长温床。当人们接触或吸入霉菌孢子时,极易诱发过敏反应。

### 编者按

立秋刚过,秋凉尚未真正来临,过敏的脚步已悄然而至。

过敏已被世界卫生组织列为21世纪重点防治的三大疾病之一。近年来,无论成人还是儿童,过敏性疾病的发病率都持续上升,并呈现多种疾病共患、症状交织的复杂趋势。

秋季过敏的高发,与季节性过敏原密切相关。春季以树木花粉为主,秋季则以杂草花粉和霉菌为主,同时气候变化、城市化建设等原因加剧了患者的过敏风险。北京协和医院变态反应科主任医师尹佳指出,气温每升高1℃,花粉季将延长0.9至1.6周,致敏花粉浓度增加18%至32%。

此外,北京协和医院变态反应科主任医师关凯指出,过敏性疾病的表现随年龄和体质变化而多样,常出现多病共患现象。他提醒,皮肤、鼻腔、眼部等症状往往交织出现,如果治疗各自为政,疗效有限。针对这一问题,口服第二代抗组胺药可实现全覆盖,局部药物则可精准缓解局部症状;生物靶向药物的出现更为儿童和多种过敏性疾病共患的患者提供了新的选择。

立秋之际,虽然秋凉尚未至,但过敏症状高发的现实提醒我们:面对多重环境与体质因素交织的季节性挑战,及时就医、进行精准诊断和科学治疗,才是有效守护健康、远离过敏疾病的关键。

# 秋凉未至 过敏先行

●李春雨



图片来源:视觉中国



## 多病共患时,过敏治疗需整体联动

过敏已被世界卫生组织列为21世纪重点防治的三大疾病之一。

北京协和医院变态反应科主任医师关凯指出,过敏性疾病不是单一表现,而是一种随着年龄和体质发展变化的“体质病”。过敏疾病可贯穿人生不同阶段,幼儿阶段主要表现为食物过敏和湿疹,青少年及成人则多为过敏性鼻炎、哮喘,严重时还可能发展为慢阻肺。

“在过敏性疾病治疗的过程中,大众往往会忽视‘多种过敏性疾病共患’,也就是所谓的‘共病’。”关凯表示,过敏患者可能同时出现皮肤、鼻腔、眼部等多个部位的过敏症状,但在治疗时往往各自为政,皮肤涂药、鼻喷激素、滴眼药水分别施治,忽视了疾病的整体关联。

面对多病共患的情况,关凯强调,治疗的首要步骤是查明并去除病因,同时根据病情科学用药,严重时及时就医。他指出,因“共病”的发病机制相同,治疗时首选口服第二代抗组胺药,如氯雷他定。这类药物覆盖广泛,能同时缓解多个器官过敏症状。当患者局部症状严重时可配合局部用药加

强治疗。“口服抗组胺药就像‘飞机全面轰炸’,能同时针对全身不同部位的症状;局部加强用药则像‘空降突击部队’,针对局部难治问题精准打击。使用全身用药可避免多药副作用叠加的风险。”关凯解释道。

此外,北京大学人民医院耳鼻喉科主任医师王旻建议患者不要过早停药,避免过敏原仍在环境中,导致症状反复。

针对预防性用药,王旻肯定了其临床应用的价值。他表示,对于规律发作或过敏原明确的患者,提前2~3周开始用药,能有效减轻或避免症状发作。这种做法对季节性过敏性鼻炎尤为适用,可以帮助患者减轻季节性过敏带来的影响。

对于儿童过敏的用药,王旻表示,“儿童用药需要更加注意药物安全性和剂型,而且要根据年龄和体重来用药,可以选择儿童专用糖浆剂型第二代抗组胺药。”

然而,对于部分症状顽固或多重过敏性疾病共存的儿童患者,传统抗组胺药、鼻用糖皮质激素等药物往往难以取得理想效果,且长期使用类固醇激素可能带来生长发育方面的隐患。针对这一问题,王旻提到,近年

来生物靶向药物的出现,为儿童变态反应性疾病的治疗带来了新的契机。

他进一步介绍说,这类药物通过精准作用于过敏反应中的关键分子,能够有效阻断炎症通路,缓解多种过敏性疾病的症状。比如,奥马珠单抗作为抗免疫球蛋白E(IgE)单克隆抗体,能阻断游离IgE与肥大细胞结合,显著减轻哮喘、慢性荨麻疹及过敏性鼻炎等疾病;度普利尤单抗和国内研发的司普奇拜单抗则通过“双靶点”机制,阻断白介素4(IL-4)和白介素13(IL-13)信号,缓解特应性皮炎等皮肤过敏性疾病及呼吸道过敏性疾病;贝那利珠单抗则针对白介素5(IL-5)的活性,减少嗜酸性粒细胞数量,能有效诊疗嗜酸性粒细胞增多的哮喘病人。

“这些生物靶向药不仅疗效显著、安全性好,还因其多重适应证优势,在患有多种过敏性疾病的儿童患者中表现出独特的治疗潜力。”王旻说,“同时,生物靶向药还能作为手术的替代或辅助治疗方案,减少手术创伤与复发风险,提升患儿整体生活质量。”



## 精准诊断是过敏性疾病管理的起点

“诊断是疾病诊治的关键起始环节。”江苏省人民医院过敏诊疗中心主任医师程雷强调,“当下过敏性疾病的管理强调精准诊断,只有精准诊断才能实现精准治疗。”

以程雷接诊的一名5岁患儿的就医经历为例:其同时存在鼻塞、流涕、喷嚏、鼻痒、眼痒等鼻眼部过敏症状,以及持续两三年的咳嗽,还伴有早期皮炎、湿疹和食物过敏。家长带着孩子多次就诊于不同医院、多个科室,最终被确诊为湿疹、特应性皮炎、食物过敏、过敏性鼻炎、慢性咳嗽及咳嗽变异性哮喘,但由于治疗缺乏统一规范,导致病程坎坷,耗资万余元后,其症状仍未明显改善。

程雷指出,这类情况在临床中并不少见,反映出我国过敏诊疗的系统性短板——一方面,许多医疗机构尚未建立过敏性疾病诊疗中心或变态反应科,患者只能在多

个科室间“碎片化”就诊,不仅耗费大量时间、精力和财力,还增加了诊断延迟的风险;另一方面,基层医疗机构在复杂过敏病例的识别与多系统症状整合方面能力不足,部分医生对疾病理解不够深入,导致误诊或漏诊的情况时有发生。由于基层是疾病防控的“第一道防线”,医务人员在识别、诊断及规范化处置上的不足,直接影响了患者的早期干预与有效管理。

为满足日益增长的过敏性疾病诊疗需求、缓解诊疗能力不足的矛盾,程雷提出,应同步推进过敏诊疗中心建设与学科建设。他强调,只有“两手抓”,才能有效推动过敏性疾病综合防治和诊疗能力的整体提升。

在谈到诊断方面的新进展时,程雷依旧强调了“精准诊断”的基础性作用。

除了常规的病史采集、症状体征评估和常规检查,临床诊疗中还进一步引入了

过敏原组分诊断。该方法不仅可以明确致敏来源,还能预测过敏原特异性免疫治疗(AIT)的疗效,尤其适用于需要进行AIT治疗的患者。

此外,临床诊疗中对于生物标志物的探索也在持续推进。虽然目前尚无公认的过敏性疾病生物标志物,但2型炎症相关指标,如嗜酸性粒细胞相关标志物、呼气一氧化氮测试已在临床中发挥了作用。肠道菌群同样展现出作为生物标志物的潜力,但由于菌群构成复杂,如何筛选出对诊断和治疗最具影响力的特异菌种仍需进一步研究。

在鉴别诊断方面,以过敏性鼻炎与非过敏性鼻炎、局部过敏性鼻炎为例,程雷指出,除常规诊断,还应引入激发试验(如鼻腔激发试验、结膜激发试验、支气管激发试验等),以实现更高精度的诊断。