

学龄前儿童过敏性鼻炎患病现状及相关危险因素分析

刘 翊

乐山职业技术学院 四川 乐山 614000

【摘要】：学龄前儿童鼻黏膜屏障和免疫调节仍在发育，过敏性鼻炎可反复引起鼻痒、喷嚏、流清涕、鼻塞和睡眠受扰，并与湿疹、哮喘样症状、过敏性结膜炎等表现交织。本文分析学龄前阶段鼻部过敏症状特点和诊断口径，比较不同地区患病率差异与共患过敏性疾病临床关联，梳理遗传过敏体质、室内环境暴露、被动吸烟、喂养方式和生活行为因素，明确家庭环境干预、幼儿园日常筛查和家园医协同随访干预的风险防控要点。症状记录、环境整治和规范诊疗连续衔接，可减少误诊漏诊和反复发作负担。

【关键词】：学龄前儿童；过敏性鼻炎；患病现状；危险因素；风险防控

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.002

引言

过敏性鼻炎是变应原接触后诱发的鼻黏膜非感染性炎症，典型表现包括阵发性喷嚏、清水样鼻涕、鼻痒和鼻塞。学龄前儿童表达能力有限，鼻部症状常被误认为反复感冒，夜间鼻塞、张口呼吸、揉鼻和眼鼻联动不适又容易被忽视。该阶段儿童多数进入幼儿园集体生活，居室、托育空间和户外活动频繁转换，尘螨、霉菌、花粉、动物皮屑、烟草烟雾、装修残留气味和清洁频率等暴露可在不同场景中叠加。患病现状分析应同时审视年龄段、诊断口径、地区环境和共患过敏性疾病，进而识别家庭、幼儿园和基层医疗机构能够共同执行的防控措施。

1 学龄前儿童过敏性鼻炎识别基础

1.1 学龄前阶段鼻部过敏症状特点

学龄前儿童过敏性鼻炎的识别难点在于症状轻重波动大，且与上呼吸道感染、腺样体肥大、鼻窦炎和刺激性鼻炎存在交叉^[1]。典型发作常以连续喷嚏、鼻痒、清涕、鼻塞、揉鼻、揉眼和夜间睡眠不稳为主，部分儿童清晨起床、入园后接触粉尘或季节转换时表现更明显。若症状反复超过普通感冒自然病程，且伴有湿疹、哮喘样喘息、食物过敏或父母过敏病史，过敏性鼻炎的可能性应被提前纳入筛查范围。这一阶段的判断不宜只依靠儿童主诉，家长观察、幼儿园日常表现和医生体格检查要相互补充。症状识别还要区分“偶发鼻部不适”和“影响生活质量的反复炎症”。鼻塞可造成张口呼吸、打鼾、夜醒和晨起疲倦，鼻痒与喷嚏会干扰课堂活动和户外游戏，反复清涕则增加家庭对感冒药、抗生素或止咳药的误用概率。

1.2 患病现状分析的年龄与诊断口径

患病现状分析必须先固定年龄和诊断口径。学龄前通常指三至六岁或入小学前儿童，不同调查若纳入低龄婴幼儿、已入学儿童，患病水平会因免疫成熟、户外活动、既往诊断机会和家长认知差异而变化。诊断口径也会影响结果：医生诊断、家长自报、过去一年鼻炎有关症状、问卷筛查和过敏原检测阳性并不等同。医生诊断口径更强调临床确认，问卷症状口径更敏感，过敏原阳性口径则只能说明致敏状态，不能直接替代疾病

患病率。在学龄前儿童群体中，患病现状不应被解释成单个固定数字，而应被理解为某一地区、某一年龄范围、某种问卷或诊断规则下的报告水平。相同城市内，幼儿园抽样、社区入户、医院门诊和体检筛查的样本结构不同，也会改变病例构成。

2 学龄前儿童过敏性鼻炎患病现状

2.1 不同地区患病率的差异表现

国内学龄前儿童过敏性鼻炎报告水平存在地区差异，既与气候、植被、空气污染、居住建筑、通风方式和室内潮湿状态有关，也受到抽样地区、诊断依据和家长报告准确性的影响^[2]。北方干燥寒冷、风沙和采暖季室内封闭可能改变鼻黏膜刺激机会，湿热地区的尘螨、霉菌和空调潮湿环境则可能增加持续性暴露，江淮等地区还会受到季节性花粉、居室通风和家庭吸烟行为叠加影响。患病现状不能直接用单一地区印象代替地方评估，区域环境和调查口径要同时进入解释框架。地方调查结果仍需回到本地样本和暴露背景中解释。

2.2 年龄与性别分布中的易感特征

年龄增长与过敏性鼻炎识别率提高之间常存在并行关系^[3]。3至4岁儿童语言表达不足，鼻痒、鼻塞和嗅觉不适难以准确描述，家庭也更容易把症状归入普通感冒；5至6岁儿童户外活动和集体生活接触面扩大，既往过敏史更容易被记录，医生诊断机会也更多。芜湖学龄前儿童调查中，五至六岁组过敏性鼻炎发生水平高于三至四岁组，三至四岁在多因素分析中表现为保护性因素，说明年龄差异同时包含真实暴露增加和识别机会增加两层含义。部分地区调查提示男童报告水平高于女童，不同症状口径还可能改变女童、民族和居住类型的表现。男童在早期气道过敏性疾病中的易感性可能与气道解剖、免疫反应和生活方式有关，但家庭就医行为、家长关注度和样本构成同样会改变统计结果。

2.3 共患过敏性疾病的临床关联

过敏性鼻炎常与湿疹、食物过敏、哮喘样喘息和过敏性结膜炎共同出现，体现了儿童过敏体质在皮肤、上气道、下气道和眼部黏膜之间的连续影响。芜湖调查把湿疹、过敏性鼻炎、

食物过敏、药物过敏、哮喘和过敏性鼻炎纳入同一问卷评估，提示鼻部症状应放在儿童过敏性疾病谱中判断。共患情况提示，鼻部症状出现时不能只做局部处理，还应追问皮肤瘙痒、喘息、食物反应和眼部症状。共患过敏性疾病会提高持续症状和漏诊风险。一名儿童若既往有湿疹或食物过敏，鼻塞和喷嚏反复出现时更可能与变应性炎症有关；若伴有夜间咳嗽、运动后喘息或反复结膜瘙痒，则要进一步评估上、下气道共同管理要求。对这一类儿童，家庭询问不能只停留在鼻部表现，还要把夜间咳嗽、运动后喘息、眼部瘙痒、皮肤反复瘙痒和食物诱发不适一并记录，医生再按症状持续时间、发作季节和既往过敏病史判断是否存在同一过敏炎症背景。共患过敏性疾病类型、患病率和样本口径共同限定判读边界。共患过敏性疾病谱见表1。

表1 芜湖市学龄前儿童过敏性疾病报告水平

共患过敏性疾病类型	患病率	样本口径
过敏性疾病	37.39	同一学龄前儿童调查样本
湿疹	29.17	同一学龄前儿童调查样本
过敏性鼻炎	8.95	同一学龄前儿童调查样本
食物过敏	6.73	同一学龄前儿童调查样本
药物过敏	2.99	同一学龄前儿童调查样本
哮喘	2.82	同一学龄前儿童调查样本
过敏性结膜炎	1.36	同一学龄前儿童调查样本

表1显示，在同一样本口径下，过敏性鼻炎患病率低于湿疹，高于食物过敏、药物过敏、哮喘和过敏性结膜炎。共患过敏性疾病类型与患病率的比较说明，鼻部症状既有独立筛查价值，也要放在多系统过敏表现中连续追踪，不能把反复鼻塞和喷嚏只归为普通感冒。

3 学龄前儿童过敏性鼻炎相关危险因素

3.1 遗传过敏体质与既往疾病因素

父母或同胞存在过敏性鼻炎、哮喘、湿疹、食物过敏等病史时，儿童鼻部过敏症状更容易在换季、尘螨高暴露、冷空气刺激或呼吸道感染后反复^[4]。遗传过敏体质是学龄前儿童过敏性鼻炎风险评估中的基础因素。乌鲁木齐、海口等学龄前儿童调查均把家族过敏史、鼻炎或哮喘家族史列为要重点关注的变量，有关结果说明遗传易感性和生活环境并非互相独立，而是共同改变儿童鼻黏膜炎症阈值。既往过敏性疾病会使危险因素判断更具体。湿疹反复、食物过敏、药物过敏或婴幼儿期喘息史，提示儿童免疫反应可能已经具有较强的过敏倾向；若随后出现鼻塞、清涕、喷嚏和眼鼻瘙痒，诊断路径应从“感染后鼻炎”转向“过敏性鼻炎与共病评估”。这一类儿童的防控不能

只依赖发作期用药，还要把家庭暴露、饮食记录、睡眠质量和运动耐受纳入随访。

3.2 室内环境暴露与被动吸烟因素

室内环境是学龄前儿童过敏性鼻炎危险因素中最可干预的部分^[5]。儿童在家庭和幼儿园停留时间长，床品、软垫玩具、窗帘、地毯、空调滤网、墙角潮湿、宠物皮屑和厨房油烟都可能成为持续刺激源。尘螨和霉菌适合在潮湿、通风不足和清洁不充分的环境中累积，烟草烟雾则会直接刺激鼻黏膜并加重炎症反应。海口学龄前儿童调查把居室内环境纳入患病关系分析，说明室内暴露和低龄儿童鼻炎防控中具有独立管理价值。被动吸烟要被单独记录，而不能被合并进笼统的空气质量描述。儿童鼻腔短小，鼻黏膜血管丰富，烟草烟雾中的颗粒物和刺激性气体可使鼻痒、鼻塞和流涕反复出现，并增加下气道症状联动。芜湖调查中，妈妈未吸二手烟在多因素分析中表现为保护因素，提示家庭成员吸烟行为会穿过居室空间作用于儿童健康。室内暴露风险关系见图1。

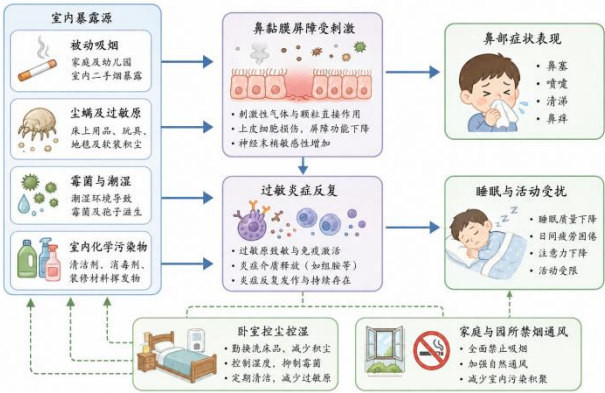


图1 学龄前儿童过敏性鼻炎室内环境暴露风险关系

图1显示，尘螨积聚、霉菌潮湿、烟草烟雾和通风不足先作用于鼻黏膜屏障，再通过过敏炎症反复引起鼻塞、喷嚏、清涕以及睡眠和活动受扰。卧室控尘控湿、家庭与园所禁烟通风回到暴露源控制，说明环境干预应前置于单次症状处理。

3.3 喂养方式和生活行为因素

喂养方式与生活行为因素更多通过免疫成熟、肠道菌群、体重状态和暴露节律间接影响过敏性鼻炎风险。母乳喂养时长、辅食添加顺序、挑食偏食、过量甜食、户外活动偏少和睡眠不足，都可能与过敏性疾病易感状态交织。有关因素不能简单化为某一种食物或行为直接致病，应关注长期生活模式是否削弱黏膜屏障和免疫耐受。稳定作息、均衡膳食、适龄户外活动和连续症状记录，比短期禁食清单更有实际价值。若鼻部症状总在熬夜、剧烈温差、粉尘活动或某类食物后加重，家庭应记录时间、场景和伴随皮肤或胃肠反应，再由医生判断是否需要进一步评估。

4 学龄前儿童过敏性鼻炎风险防控

4.1 家庭环境干预与暴露控制

家庭环境干预应优先处理可持续执行的暴露控制^[6]。儿童卧室和客厅是接触时间最长的空间，床垫、枕芯、被褥、毛绒玩具和窗帘应定期清洗晾晒，潮湿墙面和空调冷凝水要及时处理，宠物活动区域与儿童睡眠区域宜适当分开。家庭成员应避免在室内、阳台和车内吸烟，厨房油烟和刺激性清洁剂使用后应加强通风。对明确尘螨、霉菌或动物皮屑敏感的儿童，干预措施要与过敏原检测和症状记录相匹配，避免无差别、不可持续的过度清洁。床品清洁频率、通风时段、室内湿度、空调滤网清洗和烟草烟雾隔离形成固定规则后，药物治疗和免疫治疗评估才更容易建立稳定基础。

4.2 幼儿园日常筛查和健康管理

建立幼儿园晨检、午睡和户外活动后的鼻部症状观察记录，教师可在晨检、午睡和户外活动后观察儿童是否频繁揉鼻、揉眼、打喷嚏、清涕增多、张口呼吸、午睡打鼾或活动耐受下降，并把反复出现的表现反馈给家长^[7]。保健教师应避免把所有鼻部症状都归入传染性上呼吸道感染，尤其是在无发热、症状呈季节性或与粉尘清扫、花粉暴露、空调开放明显有关时，应建议家庭到耳鼻咽喉科或儿科进一步评估。园所健康管理还要处理公共空间暴露。教室通风、寝室床品管理、玩具清洁、地面扬尘、霉斑检查、香薰和刺激性消毒用品使用，都可能影响鼻部症状。园所记录若能区分晨起、午睡、清扫、开窗通风、空调开放、户外活动和季节转换等场景，家庭与医生就能更快

判断暴露来源。

4.3 家园医协同下的随访干预

建立家庭、幼儿园和基层医疗机构共同参与的随访节点，可把症状记录、诊断确认和复诊反馈连续衔接。家庭负责症状和暴露记录，幼儿园负责日常表现观察，医生负责诊断确认、过敏原评估、药物使用指导和共病筛查。对中重度或持续性鼻炎儿童，应关注鼻塞对睡眠、进食、注意力和情绪的影响；对伴有喘息、慢性咳嗽、湿疹或反复结膜症状的儿童，应进行更完整的过敏性疾病管理。家长理解药物和鼻腔冲洗的适用边界，园所记录高发季和疑似诱发场景，基层医疗机构设置复诊节点后，静态患病分析才能转化为连续风险管理。复诊时应同时查看症状控制、睡眠恢复、环境干预执行和共病变化，避免只按单次鼻塞程度调整处理。

5 结语

学龄前儿童过敏性鼻炎患病现状具有年龄、地区和诊断口径差异，鼻部症状又常与湿疹、哮喘样表现、食物过敏和结膜症状共同出现。遗传过敏体质、既往过敏性疾病、尘螨和霉菌等室内暴露、被动吸烟、喂养方式、作息和运动行为会在家庭与幼儿园场景中叠加。防控工作应把早期识别、环境干预、规范诊疗和连续随访结合起来，重点关注较高年龄段儿童、存在家族过敏史或共患疾病的儿童，以及长期处在潮湿、粉尘、烟草烟雾和通风不足环境中的儿童。家庭、幼儿园和基层医疗机构共同记录症状、暴露和治疗反应，有助于减少误诊漏诊、降低反复发作负担，并使低龄儿童过敏性疾病管理更加前移。

参考文献:

- [1] 吴杰,尤珮,樊慧苏.丽水市学龄期过敏性鼻炎儿童过敏原调查及相关危险因素分析[J].中国妇幼保健,2025,40(5):892-896.
- [2] 游鹏程,王秋垠,李波,等.基于环境质量的学龄前儿童过敏性鼻炎相关因素分析[J].中国社会医学杂志,2025,42(5):608-611.
- [3] 余敏,朱敏,何海燕,等.安徽省芜湖市学龄前儿童过敏性疾病影响因素分析[J].中国妇幼卫生杂志,2023,14(4):15-19.
- [4] 朱佳,史浩楠,闫琪,等.乌鲁木齐市学龄前儿童过敏性鼻炎患病及相关症状影响因素分析[J].中国公共卫生,2023,39(7):877-886.
- [5] 胡一凡,王硕敏,吴祺晨,等.海口市学龄前儿童过敏性鼻炎患病情况与居室内环境关系研究[J].职业与健康,2023,39(23):3259-3263.
- [6] 朱长静,郭子枫,李晶.儿童发生过敏性鼻炎的危险因素及相关防范措施分析[J].黑龙江医学,2026,50(12):1426-1428.
- [7] 顾冰,李福轮.甘肃地区儿童过敏性鼻炎影响因素分析[J].智慧健康,2025,11(13):20-23.