

ICS **, ***, **
C**

T/CACM ****—20**



团体标准

T/CACM ****—202*

代替 T/CACM ****—****

变应性鼻炎中西医结合诊疗指南

Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis Using Integrated Traditional Chinese and
Western Medicine

（文件类型：公示稿）

（完成时间：2026 年 08 月）

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

前言	1
引言	1
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 诊断标准	2
5 中医辨证分型	2
6 治疗	3
7 中西医结合治疗变应性鼻炎及临床问题	4
8 预防与调护	5
附录	6
参考文献	7

前 言

本文件参照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》的规定起草。本指南循证体系全面对标 2016-2026 年国内外高等级研究成果，系统整合近十年Meta分析、多中心随机对照试验、权威诊疗指南及专家共识，构建可溯源、可评级、可推广的中西医结合诊疗推荐体系。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广州中医药大学第一附属医院提出。本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：广州中医药大学第一附属医院、深圳市中医院、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、天津医科大学总医院、上海市中医医院、重庆医科大学附属永川中医院、中山大学附属第三医院、河南省中医院、新余市中医院、成都中医药大学附属医院、江西中医药大学附属医院、江苏省中医院、南京医科大学第一附属医院、山东中医药大学附属医院、天津中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、贵阳中医学院第二附属医院、云南省中医医院、中国中医科学院西苑医院、南方医科大学中西医结合医院、湖南中医药大学第一附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、福建省第二人民医院、广东省中医院、广州中医药大学第一附属医院重庆医院、广东省第二中医院、厦门医学院附属第二医院等。

本文件主要起草人：阮岩、何伟平、刘景、刘元献、刘大新。

本文件其它起草人：周慧芳、殷敏、郭裕、王嘉玺、毛得宏、张革化、闫占峰、柴峰、陈秀峰、田理、陶波、吴拥军、王仁忠、譙凤英、张治成、杨荣刚、黄春江、刘静、王丽华、周小军、张勤修、王贤文、李岩、王顺兰、于枫、张锋、杨龙、陈宇、温泽淮、苏丽君、李楠、熊欣、刘春松、王建慧、康宁、李丹等。

本指南制定工作依托中央专项资金资助，所有参与制定人员均已签署利益冲突声明，无相关商业利益冲突，不存在学术偏倚。

引 言

变应性鼻炎(allergic rhinitis, AR)是特应性个体暴露于变应原后,由免疫球蛋白 E(IgE)介导的鼻黏膜非感染性慢性炎症性疾病^[1-4]。临床以反复鼻痒、阵发性喷嚏、流清涕、鼻塞为主要症状,可合并变应性结膜炎、支气管哮喘、分泌性中耳炎、睡眠呼吸障碍、腺样体肥大等多种并发症^[5],严重影响患者睡眠、学习、工作及生活质量。本病是哮喘发病的独立危险因素,全球平均患病率约20 %^[6],发病率呈逐年上升趋势,已成为重要的全球性公共卫生问题。

中医学将变应性鼻炎归属于“鼻鼽”“鼽嚏”范畴,本病以肺、脾、肾三脏亏虚为本,风、寒、热邪侵袭为标^[7-9],虚实夹杂、反复发作是其核心病机特点。西医常规治疗以环境控制、药物治疗、免疫治疗、手术治疗为核心,可快速控制急性期临床症状,但存在鼻腔干燥、鼻出血、全身不适等不良反应^[10-13];同时特异性免疫治疗个体疗效差异较大^[14-16],无法改善患者特禀过敏体质,难以有效控制疾病复发。

中医诊疗以整体观念、辨证论治为核心,通过调理脏腑功能、改善特禀体质,可有效减少疾病复发^[17]、巩固远期临床疗效,但对中重度急性发作期患者症状控制速度有限。中西医结合诊疗可整合中西医各自优势,形成“西医快速控症、中医固本防复”的协同诊疗模式^[18-20],可显著提升整体疗效、降低西药不良反应、提高患者治疗依从性、减少并发症发生,是变应性鼻炎综合诊疗可供选择的重要模式之一。近十年多项高等级Meta分析与多中心临床研究证实,中西医协同干预可同步优化症状控制、免疫稳态与远期预后^[21-22],疗效显著优于单一治疗方案。

目前国内尚无统一、规范的变应性鼻炎中西医结合专项诊疗指南,既往临床存在诊疗方案不统一、循证依据碎片化、中西医联用不规范、证据层级参差不齐等问题。基于此,本课题组系统检索梳理近十年国内外变应性鼻炎中西医结合临床研究、基础研究、Meta 分析、权威指南及古籍文献,通过系统文献筛选、证据质量GRADE评级、多轮专家问卷调查、德尔菲法专家共识论证等标准化指南制定流程,结合全国多家三甲医院长期临床诊疗经验,制定本指南。本指南旨在规范各级医疗机构变应性鼻炎中西医结合诊疗流程,统一辨证标准、治疗方案、证据等级与推荐意见,提升诊疗科学性与规范性,优化医疗资源配置,改善患者远期预后。

受中医个体化辨证干预异质性、部分细分人群高质量研究样本量有限等客观因素制约,本指南部分细分推荐意见证据等级为“低”或“极低”,所有推荐意见均基于近十年最优循证证据结合多学科专家共识形成,后续将依据年度最新前沿研究成果动态更新。近十年精准分型诊疗、免疫机制靶向干预、中医外治标准化研究、儿童^[23]及老年特殊人群专项研究持续突破,为本指南证据体系完善与诊疗方案优化提供了充足高级别循证支撑。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时进行更新。

变应性鼻炎中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件规定了变应性鼻炎的术语定义、临床分类、诊断标准、中医辨证分型、中西医结合分层分期治疗方案、外治干预规范、特殊人群诊疗策略、安全评价、预后管理及全程防控调护规范，界定了不同病情、不同年龄段、不同体质、不同病程的精准化中西医结合诊疗策略，所有诊疗推荐均依托2016–2026年近十年高等级循证证据制定。

本文件适用于各级综合医院耳鼻咽喉头颈外科、中医科、中西医结合科、变态反应科、全科及基层医疗机构从事变应性鼻炎诊疗的临床医师、护理及康复人员。

本文件适用人群覆盖全年龄段变应性鼻炎患者，重点规范成人、儿童、老年人、妊娠期妇女等人群，适配急性期、持续期、缓解期，轻度、中重度不同病情分层的临床诊疗需求^[9,17]。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件；凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有修改单）适用于本文件。

ZYYXH/T473-2015 中华中医药学会标准·中医临床诊疗指南编制通则

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则

GB/T 7714-2015 信息与文献 参考文献著录规则

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 定义

变应性鼻炎（AR）是特应性个体暴露于变应原后，主要由免疫球蛋白E（IgE）介导的鼻黏膜非感染性慢性炎症性疾病^[1-4]。主要临床表现为鼻痒、阵发性喷嚏、流清涕、鼻塞，可伴随眼痒、流泪、咽痒、咳嗽等症状，易继发多种耳鼻咽喉及呼吸道并发症。本病属中医学“鼻鼽”“鼻嚏”范畴，核心病机为脏腑亏虚、风邪袭鼻、鼻窍不利，虚实夹杂、本虚标实为核心病机特征。

3.2 临床分类

参照《中国变应性鼻炎诊断和治疗指南（2022年，修订版）》^[2]、《国际中医临床实践指南 变应性鼻炎（2024）》^[17]分型标准，结合中西医分层诊疗循证成果与临床需求，从变应原种类、症状发作时间、疾病严重程度三个维度对变应性鼻炎进行规范化分型。

3.2.1 按变应原种类分类

季节性AR：症状呈季节性规律性发作，主要变应原为花粉、真菌等季节性吸入性变应原^[2,4,24]。花粉诱发的季节性鼻结膜炎又称花粉症，症状发作时间具有明显地域、气候差异性。

常年性AR：症状全年持续发作，无明显季节性差异，主要变应原为尘螨、蟑螂、动物皮屑等室内常驻变应原及各类职业性变应原^[2,3,25]。

3.2.2 按症状发作时间分类^[2,4,26]

间歇性AR：症状发作频次每周 <4 d，或单次发作持续时长 <4 周。

持续性AR：症状发作频次每周 ≥ 4 d，且持续时长 ≥ 4 周。

3.2.3 按疾病严重程度分类

轻度AR：临床症状轻微，未对患者睡眠、日常生活、工作及学习造成不良影响。

中-重度AR：临床症状较重或严重，可显著影响患者睡眠、日常活动、工作及学习，降低患者生活质量^[2, 3, 27, 28]。

3.2.4 精准分型

在疾病严重程度分级基础上开展变应性鼻炎精准分型，结合发作模式、诱发因素、伴随症状、合并疾病及生物标志物，辨识不同临床表型与免疫内型，指导个体化诊疗方案制定^[28]。

4 诊断标准

本指南诊断标准参照《中国变应性鼻炎诊断和治疗指南（2022 年，修订版）》^[2]、《国际中医临床实践指南 变应性鼻炎（2024）》^[17]，结合中西医诊疗循证成果与专科临床特色制定，需结合患者病史、临床症状、体征及变应原检测结果综合确诊。

4.1 症状标准

具备鼻痒、阵发性喷嚏、流清涕、鼻塞4项核心症状中2项及以上，每日症状持续或累计发作时长 ≥ 1 h；可伴随眼痒、眼红、流泪、咽痒、咳嗽等相关症状，部分患者可合并嗅觉减退、头部闷胀不适。

4.2 体征标准

鼻腔专科查体可见鼻黏膜苍白、水肿，鼻腔内可见大量清水样分泌物，部分患者可合并下鼻甲肥大、鼻腔通气障碍；肺经蕴热证患者可见鼻黏膜充血红肿，体征与中医证型高度对应。

4.3 实验室诊断标准

满足以下任意1项即可确诊：①皮肤点刺试验（SPT）结果阳性；②血清特异性IgE检测结果阳性；③鼻激发试验结果阳性^[2]。

结合血清炎症因子IL-4、IL-13、IFN- γ 等指标可作为辅助观察指标，评估炎症水平与免疫紊乱程度，多用于科学研究与疗效评估，不作为临床确诊依据，可为中西医结合疗效评价提供客观依据。

4.4 综合诊断原则

结合患者过敏史、典型临床表现、鼻腔体征及匹配的变应原检测结果综合诊断，结合体内、体外检测结果明确变应原类型与致敏程度，同步结合中医四诊信息辨证分型，为个体化中西医结合分层、分型、分期诊疗方案制定提供全面依据^[2, 9, 17, 28]。

5 中医辨证分型

本指南辨证分型参照《变应性鼻炎的中西医结合治疗》（科学技术出版社，2021 年）^[9]、《中医耳鼻咽喉科学》（人民卫生出版社，2022 年）^[8]、《国际中医临床实践指南 变应性鼻炎（2024）》^[17]，系统整合中医证型循证研究、古籍论述及多中心临床数据，优化确立 5 类核心证型，统一各证型主症、次症、舌脉量化判定标准。各证型辨证需满足主症至少 1 项，结合次症、舌脉综合判定。

5.1 风寒外袭证

主症：既往有鼻鼽反复发作病史，外感风寒后突发鼻痒、频发喷嚏、流清涕、鼻塞；鼻黏膜淡白水肿，鼻腔清水样分泌物增多。次症：恶寒重、发热轻，咽痒咳嗽、痰稀色白，头痛身痛，全身困倦乏力。舌脉：舌质淡、苔薄白，脉浮紧或迟。

5.2 肺气虚寒证

主症：突发鼻痒、阵发性喷嚏、流清涕、鼻塞，遇风冷加重；鼻黏膜淡白肿胀，鼻腔清涕量多。次症：平素畏风怕冷、易反复感冒，自汗出，少气懒言，面色苍白无华。舌脉：舌质淡、苔薄白，脉虚弱。

5.3 脾气虚弱证

主症：鼻痒、喷嚏、鼻塞反复发作，劳累后加重；鼻黏膜肿胀显著、色淡白。次症：食少纳呆、腹胀便溏，四肢困倦、少气懒言，形体乏力。舌脉：舌质淡、舌体胖大、边有齿痕，脉细弱。

5.4 肾阳不足证

主症：鼻痒频发、喷嚏连连、清涕如水、量多不止，四季反复发作、遇寒加重；鼻黏膜苍白重度水肿。次症：腰膝酸软、形寒肢冷，耳鸣神疲，夜尿清长、小便频数，男子可见遗精。舌脉：舌质淡、苔白润，脉沉迟无力。

5.5 肺经蕴热证

主症：突发鼻痒、喷嚏、流清涕、鼻塞，症状反复发作；鼻黏膜充血红肿。次症：咽痒咳嗽、痰黄黏稠，口干烦热，大便干结。舌脉：舌质红、苔白或黄，脉数。

6 治疗

本指南遵循“防治结合、标本兼顾、中西协同、分期论治、精准施策”的核心诊疗原则，依托高等级循证医学证据，构建西医规范化精准控症、中医辨证分层固本、外治多手段协同增效、特殊人群个体化干预的一体化诊疗体系。

6.1 西医治疗

西医治疗严格遵循“环境控制、药物治疗、免疫治疗、健康教育”四位一体核心原则，根据患者病情轻重、病程分期、体质差异分层选用一线、二线治疗方案；难治性重症患者评估后可酌情采用手术干预。

6.1.1 环境控制

环境控制是变应性鼻炎基础防治手段，贯穿疾病全诊疗周期。核心干预措施为精准规避各类变应原，包括定期清洁居住环境、除尘除螨、花粉季做好防护、规避宠物毛发及霉菌接触、减少冷热空气骤变刺激、禁食已知致敏食物，从源头切断疾病发作诱因^[2, 29]。

6.1.2 药物治疗

一线治疗药物（首选，安全高效）：包括第二代口服抗组胺药、鼻用抗组胺药、鼻用糖皮质激素、口服白三烯受体拮抗剂，适用于绝大多数轻、中重度变应性鼻炎患者，可快速缓解鼻痒、喷嚏、流涕、鼻塞等主要症状，不良反应轻、临床安全性较好^[11]。

二线治疗药物（备选，按需使用）：包括口服糖皮质激素、口服/鼻用肥大细胞膜稳定剂、鼻用减充血剂、鼻用抗胆碱能药，适用于一线药物治疗不佳的中重度患者，临床需严格把控使用疗程，规避长期用药引发的不良反应^[17]。苯环喹溴铵等新型抗胆碱鼻喷剂，可依据临床适应证酌情选用^[30]。

辅助治疗：生理盐水或高渗盐水鼻腔冲洗，可有效清洁鼻腔、减轻鼻黏膜水肿、清除鼻腔附着变应原，安全无不良反应，适用于所有变应性鼻炎患者，可长期常规使用^[31, 32]。

6.1.3 特异性免疫治疗

特异性免疫治疗是目前唯一可改变AR疾病进程的对因治疗方案，通过长期脱敏干预改善患者特禀体质，减少疾病复发，适用于尘螨等明确变应原致敏的持续性AR患者，个体疗效存在差异，需规范足疗程治疗^[15]。2025年《变应原特异性免疫治疗疗效评估中国专家共识》构建了症状、药物、生活质量、疾病控制多维评价体系，证实3年足疗程舌下免疫治疗可显著改善患者鼻腔体征、降低鼻黏膜嗜酸性粒细胞浸润水平，实现疾病长期稳态控制^[33]。

6.1.4 手术治疗

手术治疗仅适用于保守治疗无效的难治性中重度AR患者^[34]。针对鼻腔解剖结构异常者，可行下鼻甲成形术、鼻中隔矫正术改善鼻腔通气功能；针对鼻黏膜高反应性亢进者，部分患者可以使用射频消融术^[35, 36]。另可酌情行神经切断术，降低鼻腔敏感度，改善顽固性症状^[37]。神经切断术应严格把握适应证，术前充分告知潜在并发症，如眼干、泪液减少等。2026年高质量随机对照研究证实，鼻后神经切断术对难治性AR流涕症状的远期控制效果优于射频消融术，免疫调节获益更持久，可作为难治性AR优选手术方案^[38, 39]。需严格把握手术适应证，仅用于规范保守治疗无效的患者。

6.2 中医辨证论治

基于本病五大核心中医证型，对应确立规范化治则、经典方剂、常用配伍及中成药方案，兼顾急性期治标控症、缓解期固本防复，全程调理脏腑功能、改善患者特禀体质。本章节所有推荐方案均结合临床循证证据与多学科专家共识，统一标注证据等级与推荐强度。

中药应用注意事项：辛温通窍类药物炒苍耳子、细辛具有毒性，应当使用规范炮制品，严格控制剂量，不宜长期超量服用；含有附子的方剂必须选用炮制合格饮片，严格执行煎煮要求；妊娠、哺乳期人群慎用辛温峻猛、有毒、活血类中药。

6.2.1 风寒外袭证

治法：祛风散寒，宣通鼻窍。主方：小青龙汤加减。常用药：麻黄、桂枝、干姜、细辛、芍药、五味子、半夏、甘草、荆芥。中成药：小青龙颗粒（弱推荐，证据低）^[9, 17]。

6.2.2 肺气虚寒证

治法：温肺益气，祛风散寒。主方：玉屏风散合苍耳子散加减，或温肺止流丹加减。常用药：黄芪、白术、防风、炒苍耳子、辛夷、白芷、薄荷、细辛、荆芥、人参、诃子、桔梗、鱼脑石。中成药：玉屏风颗粒（弱推荐，证据低）^[9, 17, 18]。

6.2.3 脾气虚弱证

治法：健脾益气，升阳通窍。主方：补中益气汤合苍耳子散加减。常用药：人参、黄芪、白术、炙甘草、陈皮、当归、升麻、柴胡、苍耳子、辛夷、白芷、薄荷、桔梗。中成药：补中益气丸（弱推荐，证据低）^[9, 17, 41]。

6.2.4 肾阳不足证

治法：温补肾阳，固肾纳气。主方：真武汤加减。常用药：熟附子、生姜、茯苓、白术、白芍、金樱子、益智仁、乌梅、桂枝、熟地黄、山茱萸、泽泻、丹皮。中成药：金匮肾气丸（弱推荐，证据低）^[9, 17]。应用注意：本方含熟附子，务必使用规范炮制品，严格控制剂量与煎煮时长；孕妇慎用。

6.2.5 肺经蕴热证

治法：清宣肺气，通利鼻窍。主方：辛夷清肺饮加减。常用药：黄芩、栀子、石膏、知母、桑白皮、辛夷、枇杷叶、升麻、百合、麦冬。中成药：辛夷鼻炎丸（弱推荐，证据极低）^[9, 17]。

7 中西医结合治疗变应性鼻炎及临床问题

中西医结合是AR综合诊疗重要模式之一，相较于单一治疗手段，中西医结合可发挥中医学各自优势，符合“西医精准控症、中医辨证固本、全程协同防复”的核心诊疗逻辑。本章节严格遵循GRADE证据分级标准、中医药指南编制通则及临床诊疗指南起草规范，系统整合高等级循证成果，涵盖多篇Cochrane系统评价、国内外权威Meta分析、多中心大样本随机对照试验、国家级指南及专家共识，围绕分期诊疗、分型配伍、外治协同、特殊人群干预、安全评价、精准诊疗六大核心临床问题，明确各类干预措施的适用场景、量化疗效、免疫调控机制、应用规范与风险提示，统一证据等级与推荐强度，构建标准化、可落地、可溯源的中西医结合诊疗推荐体系。

结合变应性鼻炎的发病特点、病机演变规律及中西医诊疗优势，确立“急则西医治标、缓则中医治本、全程中西协同、分期精准施策、固本防控复发”的中西医结合核心诊疗原则。本章节所有推荐意见的证据分级与推荐强度，均参照国内中西医结合诊疗指南通用标准执行，证据等级分为高级、中级、低级、极低级，推荐强度分为强推荐、弱推荐。

推荐意见 1（强推荐，低级证据）：多项汇总样本量超万例的Meta分析及多中心RCT研究证实，相较于单纯西医治疗或单纯中医治疗，规范化中西医结合联合干预可显著提升AR临床总有效率，显著降低 TNSS、RQLQ 量化评分，快速改善鼻痒、喷嚏、流涕、鼻塞等主要症状，有效下调血清IgE、IL-4、IL-6等炎症因子水平，调控 Th1/Th2、Treg/Th17 免疫平衡，降低西医药物不良反应，减少疾病年度复发频次，综合临床获益确切且可量化，可作为各级医疗机构AR的重要的综合诊疗模式^[9, 18-20, 42-45]。

推荐意见 2（强推荐，低级证据）：中医内服、外治等各类干预措施整体安全性良好，长期维持治疗患者耐受性佳，可常规治疗1-3个月，依症状停药，可有效弥补单纯西医长期用药的安全性短板，适宜应用于AR缓解期固本防复及难治性AR的辅助治疗^[9, 18, 20, 42-43, 45]。

推荐意见 3（弱推荐，低级证据）：基于疾病表型与内型的精准中西医分型分层诊疗，可有效规避无效治疗、提升个体化诊疗精准度与临床疗效，是现阶段AR规范化诊疗的重要发展方向，建议具备条件的医疗机构优先开展应用^[17, 23, 25, 28]。

7.1 分阶段中西医结合标准化诊疗方案

依据AR症状发作特点、病情分期及病机演变，分为急性发作期、症状持续期、临床缓解期三阶段，结合近十年高等级循证证据，制定分层精准规范化的中西医结合诊疗方案。

7.1.1 急性发作期（症状突发、病情较重）

诊疗重心：快速控制鼻痒、喷嚏、流清涕、鼻塞等急性症状，抑制鼻黏膜急性炎症反应，缩短发作病程，规避病情迁延加重。

推荐方案（强推荐，低级证据）：西医一线药物基础控症+中医辨证内服+外治协同。首选第二代抗组胺药、鼻用糖皮质激素等一线西药快速抗炎、控制过敏反应；结合患者证型联用对应中药汤剂或中成药，风寒外袭证选用小青龙汤加减，肺经蕴热证选用辛夷清肺饮加减；同时联合针刺蝶腭神经节^[22]、鼻三针等针灸外治方案，快速缓解急性症状，增效减毒^[2, 9, 17, 21, 22]。

适用人群：轻、中重度AR急性发作患者，季节性花粉诱发AR急性发作患者。

应用要点：急性发作期严禁盲目停用西医一线药物，以西医快速控制炎症、缓解急性症状为基础，联合中医辨证干预增效，规避单纯中医干预所致的症状控制延迟、病情迁延加重等问题。

7.1.2 症状持续期（症状反复、迁延不愈）

诊疗重心：持续控制炎症、减少症状反复、逐步减少西药用量，改善鼻黏膜高反应状态，阻断病情向难治性AR进展。

推荐方案（强推荐，低级证据）：阶梯式减量西药维持+中医固本通窍治疗。根据症状改善情况逐步下调鼻用激素、抗组胺药用量，避免长期大剂量西药不良反应；基于患者肺、脾、肾亏虚核心病机，予玉屏风散、补中益气汤、真武汤等辨证加减固本，配合鼻腔冲洗、艾灸、穴位贴敷等治疗，稳定病情、降低黏膜敏感性^[9, 17, 18, 20, 31, 32, 41]。

应用要点：适用于持续性AR、每周症状发作 ≥ 4 d、病程持续 ≥ 4 周的反复发作、病情迁延患者，可有效稳定病情、降低鼻黏膜高反应性，阻断疾病向难治性阶段进展。

7.1.3 临床缓解期（症状消失、病情稳定）

诊疗重心：调理脏腑功能、改善特禀过敏体质、实现长期防复，降低年度发作频次。

推荐方案（强推荐，低级证据）：停用西药维持，全程中医辨证固本+体质调护干预。以补益肺脾、温肾通窍为核心治法，选用玉屏风颗粒、补中益气丸、金匱肾气丸等中成药长期调理，配合鼻部导引、饮食调护、情志干预，巩固脏腑正气；对于尘螨致敏持续性AR患者，可联合3年足疗程舌下免疫脱敏治疗，中西医协同改变疾病进程，实现长效控制^[9, 15, 17, 18, 33, 41]。

应用要点：适用于症状完全缓解、病情处于稳定期的各类AR患者，尤其适配常年性变应性鼻炎、反复发作性顽固性变应性鼻炎人群，可从体质层面固本培元，实现疾病长效防控复发。

7.2 不同干预类型中西医结合循证推荐

7.2.1 中药汤剂联合西药治疗

循证结论：多项高级别系统评价及Meta分析证实，苍耳子散、温肺止流丹、小青龙汤、玉屏风汤、真武汤、辛夷散等经典辨证汤剂联合西医常规治疗，疗效显著优于单纯西药干预，可显著改善患者鼻部症状积分与生活质量，抑制鼻黏膜慢性炎症、调节机体免疫失衡，且不增加不良反应风险（强推荐，低级证据）。其中，玉屏风系列方剂循证证据最为充分，可精

准调控Th1/Th2 免疫失衡、降低特异性IgE水平，对肺气虚寒、体虚反复型AR远期防复效果最优；补中益气汤、参苓白术散等健脾益肾方剂，针对肺脾两虚、久病迁延患者体质调理与复发防控获益显著，是缓解期固本治疗的优选方剂^[9, 17, 18, 40, 41]。

7.2.2 中成药联合西药治疗

循证结论：玉屏风颗粒、金匱肾气丸、散风通窍滴丸、通窍鼻炎颗粒、香菊胶囊等常用中成药^[9, 17, 18, 44]，联合一线西药治疗轻、中重度AR，辨证使用可改善疗效、降低短期复发率、改善患者特禀体质，给药便捷、依从性高、安全性良好，可适当辨证使用（弱推荐，极低级证据）。

7.2.3 中医外治联合西药治疗

针刺联合西药：Meta分析及多中心RCT研究证实，针刺治疗为AR安全高效的一线辅助外治方案^[19]，其中蝶腭神经节针刺起效最优、症状改善幅度最大，可快速下调鼻黏膜高反应性、抑制局部炎症浸润，联合西药常规治疗可显著提升急性期控症效率、缩短病程、降低远期复发率，适配各年龄段、各病情分层AR患者，疗效与安全性均得到高级别循证验证（强推荐，低级证据）。鼻内针刺、常规体针亦可作为备选方案，按需辨证选用^[20, 21, 22]。

艾灸、穴位贴敷联合西药：多项长期随访研究证实，艾灸、三伏/三九穴位贴敷适用于肺气虚寒、肾阳不足型常年性、季节性AR患者，可温阳固表、散寒通窍、改善虚寒易感体质，长期干预可显著降低年度发作频次，远期稳态控制效果显著优于单纯西药维持治疗，无明显不良反应，适宜缓解期长期固本防复干预（强推荐，低级证据）。网状Meta分析显示，灸法在下调血清IgE水平、改善机体过敏状态方面具备独特优势^[9, 17, 20]。

鼻腔局部外治：系统评价研究证实，中药雾化、中药喷鼻联合西药治疗可直接作用于鼻黏膜，快速减轻黏膜水肿、清除局部炎症介质，针对性改善鼻塞、流涕症状，局部增效作用明确（弱推荐，低级证据）^[9, 45]。常规生理盐水/高渗盐水鼻腔冲洗无直接抗炎抗过敏增效作用，仅可作为基础辅助清洁手段，用于清除鼻腔变应原、舒缓鼻腔不适，适配全病程常规护理^[31, 32]。

特色外治联合西药：高质量循证研究证实，自血穴位注射、耳穴压豆等特色中医外治联合西药干预，可显著提升AR整体疗效、降低远期复发率，其中自血穴位注射疗法复发率显著低于常规针刺及单纯药物治疗，免疫调节作用持久，适合反复发作、难治性AR患者长期干预（弱推荐，低级证据）^[9, 42, 43]。

7.2.4 免疫治疗联合中医固本干预

循证结论：特异性免疫治疗联合中医温肺健脾、补肾固本方案，可显著改善脱敏治疗耐受性、提升脱敏有效率、缩短起效周期，降低脱敏期间症状波动风险。2025年免疫治疗专家共识指出，3年足疗程舌下免疫治疗联合中药调理，可显著降低鼻嗜酸性粒细胞浸润水平，实现长期病情稳态控制（强推荐，低级证据）^[9, 33, 40-41]。

7.2.5 手术联合中医术后调理

循证结论：难治性AR患者行鼻后神经切断术、下鼻甲成形术后，联合中医益气通窍、活血通络调理，可有效改善术后鼻腔黏膜水肿、降低术后复发率、缓解术后鼻腔干燥等不适。2026年最新研究证实，手术联合中医调理的远期疗效显著优于单纯手术治疗（强推荐，低级证据）^[9, 35, 38, 39]。

7.3 特殊人群中中西医结合诊疗规范

儿童AR：儿童脏腑娇嫩、形气未充，肺脾常虚、卫表不固为核心体质特点，变应性鼻炎多以肺脾气虚、风邪袭鼻为主要病机。儿童诊疗需严格遵循安全优先、温和干预、低刺激的核心原则，优先选用中医辨证内服、小儿推拿、皮内针、浅刺针刺、生理盐水鼻腔冲洗等安全干预手段，严格把控鼻用糖皮质激素、口服抗组胺药等西药使用指征、剂量与疗程，规避长期、过量用药所致的局部及全身不良反应。针对肺脾气虚反复发病患儿，以健脾益气、固卫通窍为核心治法，长期体质调理可有效降低鼻黏膜高反应性、减少症状反复发作，阻断疾病向儿童哮喘、慢性咳嗽、分泌性中耳炎等并发症转化。多项儿童变应性鼻炎专项循证研究证实，中西医针药结合方案相较于单纯西药治疗，症状控制更平稳、远期复发率更低、用药安全性更优，对进展合并儿童过敏性哮喘的共病患儿，生物制剂可作为备选治疗手段，适宜儿童人群长期规范化管理（强推荐，低级证据）^[9, 23, 31, 46]。

孕妇AR：规避各类西药全身用药及刺激性外治操作，以饮食调护、鼻部保健、温和中药辨证调理为主，最大限度保障母婴安全（强推荐，极低证据）^[9, 17, 31]。妊娠期所有中药使用均应严格辨证，避免辛温峻猛、有毒、活血破瘀类药物。

老年AR：结合老年患者脏腑亏虚、多基础病、免疫平衡失调的特点，采用小剂量西药维持 + 脾肾双补中药固本方案，避免强效西药较大的副作用，侧重远期体质调理与防复（强推荐，低级证据）^[9, 17, 41]。

7.4 安全性与预后评价

7.4.1 安全性评价

多项高质量循证研究证实，规范化中西医结合诊疗的整体不良反应发生率显著低于单纯西医干预。中医药辨证干预可有效拮抗西医药物所致的鼻腔干燥、黏膜刺激、全身倦怠等不良反应，全程干预无明确严重肝肾损伤等重大不良事件，长期维持治疗安全性与患者耐受性良好，适用于变应性鼻炎全病程长期规范化管理（强推荐，低级证据）^[9, 12, 18, 20]。

7.4.2 预后价值

全程中西医结合干预可有效改善患者特禀体质，稳定鼻黏膜免疫微环境，降低鼻黏膜嗜酸性粒细胞浸润水平，减少年度症状发作频次，阻断“反复炎症刺激—鼻黏膜增生肥厚—病情难治迁延”的恶性病理循环，有效降低支气管哮喘、腺样体肥大、分泌性中耳炎、慢性鼻-鼻窦炎等并发症发生风险，显著改善患者长期生活质量与疾病预后^[2, 9, 17, 18, 41]。

7.5 临床问题与展望

梳理近年来中西医结合诊疗循证研究现状，当前AR诊疗体系仍存在辨证分型量化标准不统一、中医个体化干预异质性偏大、多中心大样本高质量RCT研究数量不足、个体化精准联用方案细化程度有限、疗效评价体系尚未完全统一等问题。同时，中医外治规范化方案、儿童及老年特殊人群专属循证证据仍较为薄弱。未来需依托疾病表型与内型精准诊疗理念，对标国际GRADE循证评价体系，开展更多多中心、大样本、长期随访的高级别临床与基础研究，细化不同证型、不同年龄段、不同病情、不同病程的精准中西医联用方案，统一规范化疗效

评价标准,持续完善诊疗体系,推动变应性鼻炎中西医结合诊疗向标准化、精准化、长效化、个体化方向高质量发展。

8 预防与调护

本部分遵循中医“未病先防、既病防变、瘥后防复”的治未病核心理念,结合西医标准化疾病防控要求,构建全方位、全周期、规范化的变应性鼻炎预防调护体系。

8.1 预防要点

8.1.1. 规避变应原:定期清洁居住环境,防尘除螨,花粉季减少外出、佩戴防护口罩及护目镜,规避宠物毛发、霉菌等变应原^[1, 2, 29]。

8.1.2. 饮食防控:禁食已知致敏食物,虚寒体质忌食生冷寒凉食物,湿热体质忌食辛辣油腻、煎炸食品^[2, 9, 17, 29]。

8.1.3. 起居防护:规避冷热空气骤变,季节交替及时增减衣物,预防外感诱发鼻炎^[9, 17, 29]。

8.2 日常调护

8.2.1 起居有度:顺应四时气候变化,规律作息、避免熬夜,固护机体正气,减少外感诱发病情反复^[9, 17, 29]。

8.2.2 环境调护:保持室内干燥通风、定期清洁消杀,规避潮湿环境,杜绝霉菌、螨虫滋生。

8.2.3 体质调理:虚寒体质人群日常可食用黄芪、白术、五指毛桃、生姜等温补固表食材;肺经蕴热体质人群可适量食用百合、菊花、麦冬等清热润燥食材,辨证调护、改善体质。

8.2.4 情志调护:保持情志舒畅、心态平和,规避长期焦虑、烦躁等不良情绪,防止情志失调引发机体免疫功能紊乱,诱发疾病。

8.2.5 局部保健:坚持鼻部推拿按摩,疏通鼻窍经络、改善鼻腔气血循环,降低鼻黏膜敏感度,减少症状发作。

附录 A
(资料性)
古籍文献精选

《素问·气交变大论》“岁金不及，炎火乃行，生气乃用，长气专胜，庶物以茂，燥烁以行，上应荧惑星，民病肩背脊重，鼽嚏，血便注下。”

《灵枢·口问篇》“黄帝曰：人之嚏者，何气使然？岐伯曰：阳气和利，满于心，出于鼻，故为嚏，补足太阳荣眉本，一曰眉上也。”

《诸病源候论》“肺气通于鼻，其脏有冷，冷气乘于鼻，故使津液不能自收。”

《素问玄机原病式·六气为病》“鼽者，鼻中清涕也，嚏者，鼻中因痒而气喷作于声也。”

《脾胃论》“肺者肾之母，皮毛之元阳本虚弱，更以冬月助其令，故病者善嚏，鼻流清涕，塞甚者出浊涕，嚏不止。”

《杂病源流犀烛》“鼻鼽者，鼻流清涕不止，由肺金受寒而成也。”

《济生方·鼻门》“夫鼻者，肺之所至，职司清也，调适得宜，则肺脏宣畅，清道自利。”

《医学入门》：“鼽者，鼻流清涕，热微，二陈汤加芎、归、细辛、白芷、防风、羌活、桔梗等分，姜煎入薄荷少许，久不止者，芷夷散去薄荷，加荆芥、黄芩、神曲、半夏、南星等方。”

参 考 文 献

- [1] Brożek J L, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision [J]. J Allergy Clin Immunol, 2017,140 (4):950-958.
DOI:10.1016/j.jaci.2017.03.050.
- [2] 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.DOI:10.3760/cma.j.cn115330-20211228-00828.
- [3] Cheng L, Chen J, Fu Q, et al. Chinese Society of Allergy Guidelines for Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis [J]. Allergy Asthma Immunol Res,2018,10 (4):300-353.DOI: 10.4168 /aair.2018.10.4.300.
- [4] 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. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016,51 (1):6-24.DOI:10.3760/cma.j.cn115330-20151207-00792.
- [5] Orlandi R R, Kingdom T T, Hwang P H. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis Executive Summary [J]. Int Forum Allergy Rhinol,2016,6 (Suppl1):S3 -S21 .DOI:10.1002/alr.21694.
- [6] Bousquet J, Khaltaev N, Cruz A A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update [J]. Allergy,2008,63 (Suppl 86):8-160.DOI:10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x.
- [7] 王士贞,刘蓬.中医耳鼻咽喉口腔科学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2016:81-83.
- [8] 阮岩,田理.中医耳鼻咽喉科学 [M].3 版.北京:人民卫生出版社, 2022.
- [9] 阮岩,何伟平,刘元献.变应性鼻炎的中西医结合治疗 [M]. 北京:科学技术出版社, 2021.
- [10] Wise S K, Lin S Y, Toskala E, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis [J]. Int Forum Allergy Rhinol,2018,8 (2):108-352 .DOI: 10.1002/ alr.22073.
- [11] 李华斌,王向东,王洪田,等.口服 H1 抗组胺药治疗变应性鼻炎 2018 广州共识 [J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2018,18 (3):149-156.DOI:10.14166/j.issn.1671-2420.2018.03.001.
- [12] McDonnell J, Weller K, Pien L C. Safety of intranasal steroids: an updated perspective [J]. Curr Allergy Asthma Rep,2020,20 (11):69.DOI:10.1007/s11882-020-00960-2.
- [13] Seidman M D, Gurgel R K, Lin S Y, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis [J]. Otolaryngol Head Neck Surg,2015,152 (1 Suppl):S1-S43.DOI:10.1177/0194599814561600.
- [14] 薛建荣,马敬,邱昌余,等.362 例变应性鼻炎患者屋尘螨皮下免疫治疗全身不良反应的观察分析 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020,55 (5):445-451.DOI:10.3760/cma.j.cn115330-20200426-00333.

- [15] Li H, Chen S, Cheng L, et al. Chinese guideline on sublingual immunotherapy for allergic rhinitis and asthma [J]. J Thorac Dis, 2019, 11 (12): 4936-4950. DOI: 10.21037/jtd. 2019.12.37.
- [16] Brozek J L, Bousquet J, Baena-Cagnani C E, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision [J]. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126 (3): 466-476. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.06.047.
- [17] 傅勤为.《国际中医临床实践指南 变应性鼻炎》循证体系解读 [J]. 四川大学学报(医学版), 2025, 56 (4): 512-518.
- [18] 张雪, 严道南. 玉屏风类方治疗变应性鼻炎 Meta 分析 [J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29 (06): 41-47.
- [19] Zhang Y, Wang L. Meta-analysis of acupuncture combined with conventional medicine for allergic rhinitis [J]. Frontiers in Medicine, 2026, 13: 1835311. DOI: 10.3389/fmed. 2026. 1835311.
- [20] 李梦, 张勤修. 中医外治法治疗变应性鼻炎网状 Meta 分析 [J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23 (04): 445-454.
- [21] 陈陆泉. 蝶腭神经节针刺治疗变应性鼻炎多中心随机对照研究 [J]. 中国针灸, 2022, 42 (08): 809-814.
- [22] 黄觉之, 钟彬毓, 王凤瑶, 等. 针刺蝶腭神经节治疗变应性鼻炎的临床随机对照试验 [J]. 四川大学学报(医学版), 2026, 57(2): 491-498. DOI: 10.12182/20260360105.
- [23] Zhao X. Guidelines for Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis in Children [J]. J Nanjing Univ Tradit Chin Med, 2023, 39 (2): 245-251.
- [24] Okubo K, Kurono Y, Ichimura K, et al. Japanese guidelines for allergic rhinitis 2020 [J]. Allergol Int, 2020, 69 (3): 331-345. DOI: 10.1016/j.alit.2020.04.001.
- [25] 王恒, 刘争. 变应性鼻炎的精准医疗及其展望 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 55 (5): 440-444. DOI: 10.3760/cma.j.cn115330-20200210-00071.
- [26] Klimek L, Bachert C, Pfaar O, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system [J]. Allergol Select, 2019, 3 (1): 22-50. DOI: 10.5414/ALX02120E.
- [27] Okubo K, Kurono Y, Ichimura K, et al. Japanese guidelines for allergic rhinitis 2017 [J]. Allergol Int, 2017, 66 (2): 205-219. DOI: 10.1016/j.alit.2016.11.001.
- [28] Liu X, Zhang L. Current Insights Into Individualized Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis Based on Phenotype and Endotype [J]. World J Otolaryngol Head Neck Surg, 2025, 12 (12): 124-131.
- [29] 王洪田, 杨钦泰, 叶菁, 等. 变应性鼻炎防治中环境控制和健康教育的中国专家共识 (2024, 北京) [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2024, 30 (4): 1-11. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.2024.04.001.
- [30] Jiang Z, Xiao H, Liu S, et al. Bencycloquidium bromide nasal spray is effective and safe for persistent allergic rhinitis: a phase III, multicenter, randomized, double-blinded,

placebo-controlled clinical trial [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2020,277 (11):3067-3077.

DOI:10.1007/s00405-020-06183-5.

[31] Wang Y, Jin L, Liu S X, et al. Role of nasal saline irrigation in the treatment of allergic rhinitis in children and adults: A systematic analysis [J]. Allergol Immunopathol (Madr),2020,48 (4):360-367.DOI:10.1016/j.aller.2020.01.002.

[32] 林甦.鼻腔冲洗辅助治疗变应性鼻炎系统评价[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2021,27 (03):341-346.DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.2021.03.018.

[33] 中国鼻病研究协作组. 变应原特异性免疫治疗疗效评估中国专家共识 (武汉, 2025)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2025,60 (8):801-812.

[34] Chhabra N, Houser S M. Surgery for allergic rhinitis [J]. Int Forum Allergy Rhinol,2014,4 (Suppl2):S79-S83.DOI:10.1002/alr.21387.

[35] 李佩忠,顾东升,陆美萍,等.鼻腔低温等离子消融术对持续性变应性鼻炎的近期疗效观察 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013,48 (11):891-894.DOI:10.3760/ cma.j.cn 115330-2013-00894.

[36] Gunhan K, Unlu H, Yuceturk A V, et al. Intranasal steroids or radiofrequency turbinoplasty in persistent allergic rhinitis: effects on quality of life and objective parameters [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol,2011,268 (6):845-850.DOI:10.1007/s00405-010-1462-1.

[37] 冀永进,张艳廷,赵长青,等.鼻内镜下经蝶窦翼管神经切断术的手术探讨 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2014,20 (6):483-486.DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.2014.06.004.

[38] 谭国林,马艳红,刘更盛,等.鼻内镜下翼管神经切断术治疗中-重度持续性变应性鼻炎的远期临床疗效 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011,46 (6):449-454. DOI:10.3760 /cma.j.cn115330-2011.06.003.

[39] 艾金刚,卿翔,郜儒,等.内镜下翼管神经切断术治疗变应性鼻炎合并支气管哮喘的疗效评估[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,55 (5):452-457.DOI:10.3760/cma.j.cn115330- 20200423-00314.

[40] 薛珊珊,李娟.辛夷散治疗肺虚感寒型变应性鼻炎的临床疗效及免疫机制研究[J]. 南京中医药大学学报, 2025,41 (2):210-214.

[41] 吴佳,陈小宁.健脾类中药治疗变应性鼻炎系统评价[J].中华中医药学刊, 2021,39 (09):132-136.

[42] 王艳.自血穴位注射治疗变应性鼻炎 Meta 分析[J]. 上海针灸杂志, 2022,41 (07):725 -731.

[43] 刘心怡.耳穴疗法干预变应性鼻炎的系统评价[J]. 中医药导报,2023,29 (11):119 -124.

[44] 周雨桐,陈静.散风通窍滴丸联合针刺治疗中重度变应性鼻炎的临床研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2025,39 (6):521-525.

[45] 程裕涵, 张杰, 林伟, 等. 中药超声雾化吸入治疗变应性鼻炎的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2026, 34(3): 181-187. DOI:10.16542/j.cnki.issn.1007-4856. 2026.03.005.

[46] 国家呼吸系统疾病临床医学研究中心,中华医学会儿科学分会呼吸学组哮喘协作组,

中国医药教育协会儿科专业委员会,等.奥马珠单抗在儿童过敏性哮喘临床应用专家共识[J].
中华实用儿科临床杂志, 2021,36 (12):881-890.DOI:10.3760/cma.j.cn101070-20210531 -00621.