

· 共识与指南 ·

变应性鼻炎经典名方临床应用专家共识

北京中医药学会耳鼻咽喉专业委员会

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2022.02.007

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR), 亦称过敏性鼻炎, 患病率高达 10 %~25 %^[1], 常见反复鼻痒、鼻塞、流涕和喷嚏等症状, 患者容易产生焦虑、躁狂、抑郁等心理障碍, 严重影响患者的生活质量。西医学认为 AR 是特应性个体接触变应原后, 主要由 IgE 介导的以炎症介质释放, 多种免疫活性细胞、炎症细胞以及细胞因子等参与的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病。遗传因素被认为是变态反应性疾病的发病基础, 环境、生活习惯、地理、气候、年龄等因素也与 AR 相关^[2]。西医治疗 AR 包括避免接触变应原、药物治疗、免疫治疗和患者教育。虽然避免接触变应原是最有效的方法, 但对于空气传播的变应原常常难以完全回避; 免疫治疗疗程长 (推荐 3~5 年), 患者依从性差, 费用高^[3]。且长期应用抗组胺药、抗胆碱药、肥大细胞稳定剂和肾上腺皮质激素等药物会有不同程度的全身或局部不良反应, 不能被忽视^[4]。

AR 归属中医学“鼻鼈”范畴, 是中医药治疗的优势病种^[5]。以《伤寒论》六经辨证理论体系为指导的经典名方治疗 AR, 疗效确切, 临床应用广泛^[6-7]。但在临床实际中, 许多患者临床疗效却不令人满意, 主要问题包括: ①不明组方原理, 不能辨证论治使用经方; ②托名经方, 不明药物在处方中的具体作用和配伍关系, 对原方任意增损; ③混淆病与证, 尤其是西医的病与中医的证之间的关系, 不能正确应用经方; ④忽视原方药物剂量, 不管药物在处方中的作用如何, 采用习惯用量^[8]。因此, 研究和遴选 AR 常用经典名方, 规范 AR 治疗, 对于提高 AR 的诊治水平具有重要意义。北京中医药学会耳鼻咽喉专业委员会, 组织国内经方大家、中医耳鼻咽喉专业老中青知名专家, 以及中医相关学科领域专家组成专家组, 对 AR 相关古代中医典籍和现代文献进行分析、整

理和研究, 筛选 AR 常用经典名方。

1 病因病机和症状表现

张仲景六经辨证学术体系的精髓就是用“表里观、正邪观、津液观”, 精准把握病机, 按六病采用不同理法, “假药味之滋……致水火之齐”, 从而调节患者津液输布离合和阴阳状态, 达到“通闭解结”的临床疗效^[9]。AR 在经方体系中是表里合病、以表为所急所苦, 故表现为突然或反复发作的鼻痒、喷嚏频频、清涕如水、鼻塞等典型症状^[10-13]。“风胜则痒”, 《金匱要略》曰: “痒者为泄”, 是给邪气出路、邪气出表的反应, 故鼻痒。寒邪困束, 津液凝滞于表, 故见鼻塞。玄窍闭塞不通, 气不旁流, 导致气逆, 邪实致气道不畅而自救, 故见喷嚏。卫表失于固护, 不能摄津, 故津液外泄, 出现流涕。可伴有软腭、眼和咽喉部发痒; 可伴有眼部症状, 包括眼痒、流泪、眼睛红肿和灼热感等; 可伴胸闷、咳嗽、哮喘发作等下呼吸道症状。

2 经典名方的遴选原则和量-效关系

2.1 AR 经典名方的遴选原则

2.1.1 处方来源明确: 古代经典名方, 是指至今仍广泛应用、疗效确切、具有明显特色与优势的古代中医典籍所记载的方剂^[14]。仲景学术体系经典名方源于宋代及宋代以前的中医典籍, 本共识根据存世古典书籍《伤寒论》《金匱要略》《外台秘要》《千金要方》《圣济总录》《小品方》《医心方》筛选 AR 常用经典名方。

2.1.2 主治病证明确: 主治为鼻病或鼻相关疾病, 在鼻病及鼻相关疾病治疗中广泛应用, 且疗效确切的经方。

2.1.3 所含药味数量以原文记载为准: 第一批 AR 经典名方尽量选择药少而精、药专力宏、疗效确切的方剂, 避免处方过大, 或后人加减方。

2.1.4 组方理法清晰、合理安全: 选择组方合

通信作者: 王俊阁, E-mail: wangjunge@bjzhongyi.com

引用格式: 北京中医药学会耳鼻咽喉专业委员会. 变应性鼻炎经典名方临床应用专家共识[J]. 北京中医药, 2022, 41(2): 141-144.

理、符合经方理法、配伍精良的方剂，避免含有毒性药材或国家限制使用药材的方剂。

2.1.5 中药材来源充分、合法：由于环境污染和不合理开采导致药材资源匮乏，古方中有许多药材现已被列入中药重点保护名录，有些已被禁用。因此，在本批 AR 常用经典名方选择时也考虑到了处方中药材资源的可持续利用问题，处方中避免含有国家法规中禁止、限制使用的药材，如虎骨、熊胆等，及一些靠野外采收而不能规模化种植或养殖的药材，如蕲蛇、丁公藤等。

2.1.6 关注西医未能满足的临床需求：为充分发挥中医药的特色和优势，在遴选 AR 常用经典名方时，应关注西医未能满足的临床需求，纠正患者体质状态，如素体虚寒的三阴病经方选择，或素体阳热、代谢功能增强的小儿和成年人经方选择等。

2.2 经典名方的量-效关系

“中医不传之秘在于药量”，方药剂量直接影响中医药临床疗效，在经典名方的应用中，必须重视方药剂量与临床疗效之间的量-效关系，其影响因素十分复杂。在临床实践中，应坚持以中医药理论为指导，在辨证论治、精准选方用药的基础上，尊重古籍“原方原量”，做到因证、因人、因药、因时、因地施量，合理用量。

3 AR 常用经典名方

3.1 太阳太阴合病

3.1.1 证候：AR 典型症状+头项强痛、恶寒，脉紧、苔白腻。

3.1.2 处方：小青龙汤。①方药组成及参考剂量：麻黄三两（去节、9 g），芍药三两（9 g），桂枝三两（去皮、9 g），细辛三两（9 g），干姜三两（9 g），甘草三两（炙、9 g），五味子半升（12 g），半夏半升（洗、12 g）。②出处：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之。”“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴，服汤已渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。”“咳逆倚息，不得卧，小青龙汤主之。”“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之。”③方解：此类病机是表有寒邪困束，里为水饮冲逆。小青龙汤方药组成含桂枝汤，调和营卫养营血；里有水气加甘草麻黄汤治疗里水；病痰饮者当以温药和之，加温化里饮的细辛、干姜，治疗水饮冲逆的咳喘等临床症状。④方效：解表散寒、温中化饮。⑤临床应用：见文献 [15-19]。

3.2 太阳阳明合病

3.2.1 证候：AR 典型症状+心烦、身热、流涕、口苦咽干、大便艰涩或黏滞不爽、尿黄带浊，脉滑、舌红苔黄。

3.2.2 处方一：大青龙汤。①方药组成及参考剂量：麻黄六两（去节、18 g），桂枝二两（去皮、6 g），甘草二两（炙、6 g），杏仁四十枚（去皮尖、9 g），生姜三两（切、9 g），大枣十枚（擘、10 g），石膏如鸡子大一枚（碎，绵裹、15 g）。可加桔梗 9 g、半夏 9 g（冯世纶经验^[20]）。②出处：“太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。”“伤寒，脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发之。”“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之。”③方解：此类病机是由于表寒邪困束，胃虚致表邪入里化热。太阳表未解，水气拂郁在表而郁邪热。方药组成含麻黄汤、桂枝去芍药汤、越婢汤、麻杏甘石汤、生姜甘草汤。④方效：解表散寒、清解郁热。⑤临床应用：见文献 [21-22]。

3.2.3 处方二：深师三黄石膏汤。①方药组成及参考剂量：石膏、黄连、黄柏、黄芩（各二两、6 g），香豉（一升绵裹、24 g），栀子（十枚擘、6 g），麻黄（三两去节、9 g）。②出处：“又石膏汤。疗伤寒病已八九日三焦热，其脉滑数昏愦身体壮热，沉重拘挛，或时呼呶而已攻内，体犹沉重拘挛，由表未解，今直用解毒汤则挛急不瘥，直用汗药则毒因加剧，而方无表里疗者，意思以三黄汤以救其内，有所增加以解其外，故名石膏汤方。”（《外台秘要·卷一·深师方四首》）③方解：此类病机是由于阳明里热或素体蕴热，或阳明热灼伤津血，导致水热互结，病成湿热，以表证为所急所苦，津液凝聚在表，出现鼻塞、胸闷、咳逆等临床表现。方药麻黄在表苦泄；石膏清热除烦、解肌发汗，清里热；栀子豉汤清热除结、温运中焦；黄芩、黄柏、黄连苦寒清阳明实火实热。

④方效：祛风清热、解表开窍、化湿消肿、排浊解毒。⑤临床应用：见文献 [23]。

3.3 少阴太阴合病

3.3.1 证候：AR 典型症状+恶寒、神疲乏力、身冷、脉沉，流清涕多，口淡不渴，腰酸肢冷，大便稀溏，小便频数，脉沉，舌淡苔腻。

3.3.2 处方一：麻黄附子细辛汤。①方药组成及参考剂量：麻黄二两（去节、6 g），附子一枚（炮去皮、破八片、6 g），细辛二两（6 g）。②出处：

“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之。”③方解：麻黄附子细辛汤证是表有太阳风寒，里有水饮，还有少阴的阳气虚不能温煦。麻黄治太阳的表寒，附子治少阴的阳虚，细辛治太阴的里饮。患者以虚寒水饮为主要表现，表有水气如流鼻涕、流眼泪、痰涎等，整体偏阴偏寒偏虚。④方效：温卫散寒、发汗利水、醒脑开窍。⑤临床应用：见文献 [24-26]。

3.3.3 处方二：千金桂枝干姜附子散（太阴水饮重）。①方药组成及参考剂量：女曲（一升，生用、30 g），干姜（6 g），细辛（6 g），椒目（6 g），附子（炮、6 g），桂心（各二两、6 g），清酒 60 g。②出处：《千金方》“小女曲散，治利后虚肿水腫者，服此药小便得利，止肿亦消方。”③方解：此类病机是表里俱寒，桂枝、附子、细辛、椒目、清酒祛风散寒解表。桂枝、附子、细辛主表上风寒不解，卫阳不能防御温煦推动；干姜、附子配伍温里阳，温中化饮；桂枝、清酒配伍温养营血；神曲酸甘温，调中下气，温升通表；椒目辛苦温，利水消肿平喘。④方效：解表开窍、温中化饮。

3.4 太阳太阴阳明合病

3.4.1 证候：AR 典型症状+流黏涕，口干口渴，大便干稀不调，脉数，舌红苔厚。

3.4.2 处方：千金麻黄引气汤。①方药组成及参考剂量：麻黄（去节、6 g），杏仁（去皮尖两仁、6 g），生姜（6 g），半夏（洗各五两、6 g），石膏（八两碎绵裹、24 g），白前（6 g），细辛（6 g），桂心（各一两、6 g），竹叶（切一升、30 g），橘皮（一升、6 g），干紫苏（6 g）。②出处：《外台秘要·卷第十六肺劳实热方五首》，“疗肺劳实热，气喘息鼻张，面目苦肿，麻黄引气汤方。”③方解：此类病机是表里寒热夹杂，方药组成包含竹叶石膏汤。在此基础上加麻桂，是因为伤寒表未解，出现虚羸少气，气逆欲吐，故麻黄引气汤主之。④方效：疏风清热、解表开窍、降逆化饮。

3.5 太阳少阴太阴合病

3.5.1 证候：AR 典型症状+清涕或黏涕多，恶风自汗，口干苦，或微热，或恶寒，或口渴，或不渴，或涎多，或尿频，脉浮，舌嫩苔白。

3.5.2 处方：千金芪归柴胡汤。①方药组成及参考剂量：当归、防风（各二两、6 g），黄芪（二两、9 g）柴胡（半斤、12 g），细辛（3 g），麻黄（去节、6 g），人参（各一两、9 g），杏仁（五十粒、9 g），桂心（三两、6 g），半夏（一升洗、9 g），大

枣（二十枚、12 g），生姜（五两、12 g），黄芩（二两、6 g）。②出处：《古今录验》半夏汤“疗上气，五脏闭塞，不得饮食，胸中胁下支胀，乍去乍来，虚气结于心中，伏气住胃管，唇干口燥，肢体动摇，手足疼冷，梦寐若见人怖惧，此五脏虚乏诸劳气不足所致，并疗妇人方。”③方解：此类病机属阴证、虚症、寒证，津血不足而有表寒湿困束，夹杂三焦不利，故方药组成包含麻黄汤、小柴胡汤、黄芪桂枝五物汤，立足于血脉和营卫发散表寒，温中健胃化饮。既有阴旦法润降，又有青龙法发表废水，还兼顾津血不足、三焦不利、下焦饮逆，治疗寒热、表里、虚实、水火夹杂。④方效：益气固卫、解表开窍、疏泄风水、兼清郁热。

3.6 厥阴病

3.6.1 证候：变应性鼻炎典型症状+咽干或口苦，咯黏痰或脓涕，面色无华，大便不畅、艰涩或粘滞难行，手足冷。

3.6.2 处方一：麻黄升麻汤。①方药组成及参考剂量：麻黄二两半（去节、9 g），升麻一两一分（6 g），当归一两一分（6 g），知母十八铢（5 g），黄芩十八铢（5 g），葳蕤十八铢（一作菖蒲、5 g），芍药六铢（2 g），天门冬六铢（去心、2 g），桂枝六铢（去皮、2 g），茯苓十六铢（2 g），甘草六铢（炙、2 g），石膏六铢（碎，绵裹、2 g），白术六铢（2 g），干姜六铢（2 g）。②出处：《伤寒论》第 357 条：“伤寒六七日，大下后，寸脉沉而迟，手足厥逆，下部脉不至，咽喉不利，唾脓血，泄利不止者，为难治，麻黄升麻汤主之。”③方解：此类病机表里寒热虚实夹杂，属上热下寒，病位半表半里，病性属于阴证。方药组成含越婢加术汤和大青龙汤，用干姜不用生姜，去大枣，配伍知母、黄芩、麦冬、葳蕤等清里上热，故治表里同病而发汗作用并不大。升麻“味甘辛，主解百毒，辟温疾、瘴邪，”为治咽喉肿痛的要药，伍以麻黄可通鼻窍排脓涕，麻黄、升麻、桂枝发汗以解表；又用干姜、白术、茯苓、甘草温中利水以止泻；既以黄芩、知母、石膏除热去烦，又以白芍、当归、玉竹、天冬益血滋阴，故本方所治咽喉不利、唾脓血、泄利等证，当属表里不解，邪郁半表半里，而呈上热下寒者。因此，麻黄升麻汤不同于麻黄汤发汗，而与柴胡桂枝干姜汤、乌梅丸相类，属治疗厥阴病方剂。临床用于鼻炎、鼻窦炎、支气管扩张咽喉不利、咯脓血而下寒明显者，用之有效。

3.6.3 处方二：二旦青龙石散方（虚劳伤精）。

①方药组成及参考剂量：大黄（五两、15 g），当归、芍药、黄芩、瓜蒌、甘草（炙）、桂心、人参、赤石脂、牡蛎（熬）、紫石英、麻黄（去节各二两、6 g），大枣 30 g。②出处：《外台秘要·卷第三十五·上六畜痢证候》古今录验赤汤“疗二十五种痢，吐痢，寒热百病，不乳哺方。”③方解：表有风寒水饮，里有胃虚水饮，阳明火热，故用大枣为主药补津，瓜蒌、牡蛎补虚化饮除结。黄芩治胃津虚，赤石脂、紫石英乃石散法补益伤精，燮理虚实夹杂。④方效：和营补虚、解表开窍。

参考文献

- [1] 程雷,董震,孔维佳,等.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.
- [2] 王成硕,王向东,张罗.《变应性鼻炎及其对哮喘的影响(ARIA)》指南 2016 年修订版解读[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,53(10):798-800.
- [3] 娄鸿飞,黄嫣然,王成硕,等.尘螨特异性皮下免疫治疗在变应性鼻炎患者中的远期疗效研究[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,32(21):1627-1631.
- [4] 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.
- [5] 范愈燕,余文煜,王向东,等.脾胃与鼻鼈发病机制的临床研究[J].北京中医药,2013,32(6):428-430.
- [6] 白长川,郝贺,李翌萌,等.《伤寒论》中的方证辨证体系[J].中医杂志,2020,61(13):1130-1134.
- [7] 张仲景.伤寒论[M].王叔和撰.钱超尘,郝万山整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [8] 赵鸣芳.经方应用的现状、存在问题及对策(上)[J].江苏中医,2000,32(9):1-3.
- [9] 许家栋.经方探源:经典经方医学概述[M].北京:人民卫生出版社,2020:30-35.
- [10] 李昱.金匱要略广注[M].杜晓玲校注.北京:中国中医药出版社,1992:60.
- [11] 张青青,王敏,袁卫玲.从伏毒论治过敏性鼻炎[J].中国中医药信息杂志,2019,26(10):110-112.
- [12] 陈继鑫,董禹彤,袁卫玲,等.环境毒邪致过敏性鼻炎理论探讨[J].中国中医药信息杂志,2020,27(2):113-115.
- [13] 庄静文,郭碧倩,焦勇,等.阳气在过敏性鼻炎发生发展中的作用探析[J].亚太传统医药,2021,17(6):190-193.
- [14] 李兵,刘思鸿,张楚楚,等.古代经典名方功能主治考证原则与建议[J].中国中药杂志,2021,46(7):1846-1850.
- [15] 钟柳娜,沈毅,关伟,等.小青龙汤合防风通圣丸治疗常年性变应性鼻炎 80 例[J].北京中医药,2012,31(6):456-457.
- [16] KIM MH,KO Y,AHN JH,et al.Efficacy and safety of So-Cheong-Ryong-Tang in treatment of perennial allergic rhinitis: study protocol for a double-blind, randomised, parallel-group, multicentre trial[J].BMJ Open,2017,7(9):e016556.
- [17] 李昕蓉,刘洋,王盼盼,等.小青龙汤治疗肺气虚寒型变应性鼻炎的疗效分析[J].成都医学院学报,2015,10(6):696-699.
- [18] 杜恩光.小青龙汤治疗肺气虚寒型变应性鼻炎的临床效果研究[J].中医临床研究,2017,9(36):42-44.
- [19] 张安平.基于过敏性鼻炎的中医辨证规律及小青龙汤加味治疗的临床研究[J].中外医学研究,2016,14(34):106-108.
- [20] 丁红平,吴亚平,刘俊.冯世纶教授应用大青龙汤经验[J].长春中医药大学学报,2015,31(4):715-717.
- [21] 陈逸梦,余光椿.关于大青龙汤治疗溢饮的探讨[J].光明中医,2015,30(9):2025-2027.
- [22] 刘浩江.大青龙汤治疗外感高热的体会[J].中医杂志,1966,7(3):23.
- [23] 游振旺.三黄石膏汤治疗流感高热症[J].福建中医药,1997,28(1):44.
- [24] 孙跃明,闵祥玉.分析麻黄附子细辛汤治疗过敏性鼻炎的临床效果[J].医学理论与实践,2018,31(6):862-863.
- [25] 朱雍鸣,周晓明.麻黄附子细辛汤联合盐酸西替利嗪对变应性鼻炎的疗效以及对生活质量的影响[J].中南医学科学杂志,2018,46(5):512-515.
- [26] 时博,武献珍.麻黄附子细辛汤联合糠酸莫米松鼻用喷雾剂治疗变应性鼻炎临床效果分析[J].中国药物与临床,2020,20(20):3411-3412.

专家组成员

王俊阁(北京)、许家栋(广东)、冯世纶(北京)、熊大经(四川)、田道法(湖南)、谢强(江西)、严道南(江苏)、刘宝利(北京)、闫新宇(北京)、张勤修(四川)、刘元献(广东)、黄丽辉(北京)、邓琤琤(江西)、陈陆泉(北京)、李云英(广东)、王向东(北京)、李静波(河南)、谢慧(四川)、冷辉(辽宁)、邓可斌(湖北)、王仁忠(山东)、吴拥军(江苏)、马华安(江苏)、张虹(北京)、杨淑荣(江西)

项目负责人:王俊阁

共识执笔人:王俊阁(首都医科大学附属北京中医医院)、许家栋(广东省中医院)、闫新宇(首都医科大学附属北京中医医院)

Expert consensus on clinical application of classic prescriptions for allergic rhinitis

Beijing Institute of Traditional Chinese Medicine Otorhinolaryngology Professional Committee

(收稿日期:2021-07-14)