

翁端怡主任治疗儿童腺样体肥大经验

施大龙, 翁端怡*

(福建中医药大学附属人民医院, 福建 福州 350004)

摘 要:翁端怡主任认为儿童腺样体肥大病位在鼻咽, 病性属本虚标实, 以肺脾不足为本, 以外感邪气、痰瘀互结为标, 以祛邪通窍、化痰散瘀治其标, 补肺健脾治其本, 在治疗上强调辨证论治, 初期重在祛邪, 根据外邪性质分别采用疏风清热、散寒解表或祛风化湿之法, 以祛邪解表, 通窍利咽, 并注重化痰散瘀, 软坚散结以消除腺样体肥大。后期则以补肺健脾、扶正固本为要, 以杜生痰之源, 防止反复感邪, 同时, 针对食积、纳差等兼症, 辅以消食导滞、醒脾运脾之品。翁师治疗该病攻补兼施, 灵活化裁, 常获良效。

关键词:腺样体肥大; 肺脾不足; 外感邪气; 痰瘀互结; 加味消瘰丸; 学术经验; 翁端怡

腺样体是位于鼻咽顶壁与后壁交界处的淋巴组织, 当儿童因反复上呼吸道感染产生的炎症反应刺激腺样体, 日积月累后使腺样体局部发生病理改变, 从而使腺样体过度增生, 在鼻咽内镜检查下腺样体堵塞后鼻孔 $\geq 51\%$ 并伴有临床症状, 称之为腺样体肥大^[1], 临床表现为鼻塞、流涕、夜鼾、张口呼吸及耳闷耳鸣等症状, 甚则引起阻塞性睡眠呼吸暂停、腺样体面容等, 其病程迁延绵长, 常反复发作, 难以根治。目前西医治疗腺样体肥大主要以鼻喷激素、口服白三烯受体拮抗剂和抗组胺药、手术切除为主, 虽能在一定程度上改善临床症状, 但存在鼻出血、过敏、嗜睡等药物毒副作用及潜在风险, 且停药或术后易复发。中药内服可缓解儿童腺样体肥大的鼻塞、打鼾、张口呼吸的主要症状, 减小 A/N 比值, 缩小鼻内镜下腺样体体积, 还可降低复发率, 疗效确切, 且不良反应小, 安全性高^[2-4]。同时推拿、中药雾化、熏鼻、艾灸等中医外治法配合内服中药形成“内调脏腑, 外散积聚”的协同优势, 有助于消除腺样体肥大^[5]。

翁端怡主任是福建中医药大学附属人民医院儿科主任医师、硕士研究生导师, 全国第三批老中医药专家学术经验继承人。翁师临证 30 余载, 长期从事儿童呼吸系统及消化系统疾病的临床实践, 治疗儿童腺样体肥大颇有经验, 疗效甚佳。翁师认为此病多属本虚标实之证, 小儿肺脾不足为本, 外感邪气、痰瘀互结为标, 临证注重辨证论治; 根据患儿“脏腑娇嫩, 形气未充”的生理特点, 结合不同患儿的具体症状和体质, 灵活运用中药方剂进行治疗, 现将其治疗经验归纳如下。

1 病因病机

1.1 肺脾不足 《素问·评热病论》曰:“邪之所凑, 其气必虚”^[6], 翁师认为, 肺脾不足是儿童腺样体肥大的内在因素, 小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 尤以肺、

脾两脏不足为突出。小儿肺气未充, 则腠理疏松, 卫外不固, 而鼻为肺之窍, 咽喉为肺之门户, 外邪入侵机体, 多从口鼻而入, 常先犯之。肺若失宣降, 则气机紊乱, 肺通调水道失司, 津液无法正常输布, 凝而不化成涕成痰。小儿饮食不知自节, 若过食肥甘厚味或贪凉饮冷, 均可伤及中焦脾胃, 使脾运化水湿功能失调, 转枢失常, 水液留聚, 聚而成痰。脾为肺之母, 脾虚则土不生金, 肺亦受其所累, 又因肺主气, 司呼吸, 故痰随气升, 结于鼻咽这一狭窄要道, 以生痰核。

1.2 外感邪气 翁师认为, 外感邪气是儿童腺样体肥大的发病诱因, 主要责之风邪, 常兼夹寒、热、湿邪。“风邪上受, 首先犯肺”, 当风邪夹杂它邪从口鼻而入, 首犯肺系, 肺卫受邪, 必奋起抗争, 邪正相争于鼻咽部, 引起鼻腔、咽喉气血壅滞。小儿肺脾稚嫩, 外邪侵袭, 虽常可祛邪外出, 但易致余邪未尽, 邪气稽留于内, 正虚邪恋, 一旦复感, 内外合邪, 引动内蕴之痰, 痰浊上泛, 结于鼻咽, 使局部气道阻塞, 气血运行障碍, 形成痰瘀互结, 壅堵气道, 以致气息不畅。

1.3 痰瘀互结 翁师认为, 痰、瘀是因肺脾不足、反复外感邪气而损伤肺脾, 导致津液不化、血行不畅的病理产物, 痰瘀互结是儿童腺样体肥大发病过程中的主要病理变化。李中梓《医宗必读》指出:“脾为生痰之源, 肺为贮痰之器。”^[7]当脾失健运, 聚湿成痰, 痰浊上贮于肺, 循经上扰, 壅阻于鼻咽脉络, 阻碍气血运行, 气机阻滞, 血液循环受阻, 日久则成瘀。《丹溪心法》载:“痰挟瘀血, 遂成窠囊”^[8], 痰与瘀血相胶结, 互为因果, 瘀血阻滞气机, 加重水湿停滞而生痰浊, 痰浊壅滞气道, 进一步阻碍血行而生瘀血, 以致患儿腺样体肥大难以自消, 迁延不愈。

翁师认为儿童腺样体肥大多以肺脾不足、反复感受外邪为因, 以痰瘀互结为病机特点, 病性属本虚标实。儿童腺样体肥大的形成是正虚感邪, 渐积渐聚的过程。小儿肺脾不足, 肺气虚则易感外邪, 脾气虚则易水气停运, 此为发病之本。外邪常

收稿日期: 2025-12-17; 接受日期: 2026-01-28

基金项目: 福建省科技厅引导性项目 (2022Y0033)

通信作者: 翁端怡, E-mail: wendy.wdy@163.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.05013

从口鼻犯肺,邪正相搏于鼻咽,邪气稽留,每因感邪而作,正虚难复,形成痰浊。津停为痰,血滞为瘀,二者搏结,壅滞鼻咽,形成顽结,使腺样体愈发肥大,难以控制。

2 治疗方法

在治疗上,翁师认为应优先缓解患儿症状,辨其标本缓急,以外感邪气、痰瘀互结为标,以肺脾不足为本,先祛其标实,后扶其本虚,并立祛邪通窍、化痰散瘀、补肺健脾为治法,标本兼治,常获良效。

2.1 祛邪解表,通窍利咽 当患儿鼻腔内有黄色或黄绿色鼻涕,咽后壁可见黄色或脓涕样分泌物附着,表现为鼻塞、打鼾、流黄稠涕、咽痛、咳嗽等症状,舌红苔薄黄,脉浮数或指纹紫滞浮于风关,此即风热犯鼻,当治以辛凉解表、通窍利咽,翁师常用银翘散或桑菊饮加减。若患儿表现为鼻塞、流清涕、打喷嚏、咽痒等,舌淡红苔薄白,脉浮紧或指纹淡红浮现于风关,此为风寒犯表,可用麻黄汤或桂枝汤加减以解表散寒、开宣肺气。当患儿表现为鼻塞声重、涕白浊稠难擤、咳嗽痰黏、头身困重等,舌淡红苔白腻,脉滑或指纹淡红浮现于风关,此为风湿困表,可用藿香正气散或羌活胜湿汤加减以芳香化浊、祛风利湿。对于鼻塞严重导致打鼾、夜间张口呼吸的患儿,翁师常用细辛、川芎、路路通等加强通利鼻窍。翁师指出,解表祛邪、宣通鼻窍、利咽消肿是迅速缓解腺样体肥大相关症状的重要治标之法,但部分解表祛邪药物发散力强,如麻黄、细辛等药应中病即止,当外邪祛除大半时应及时调整用药,避免耗伤正气,损伤脾肺。

2.2 化痰散瘀,软坚散结 翁师认为痰、瘀互结是腺样体肥大主要病理改变,且不易消除,因此治疗腺样体肥大在祛除表邪、通利鼻咽后,还应注重化痰、消瘀、散结,常用加味消瘰丸化裁以消除痰、瘀等病理产物。加味消瘰丸方药组成:浙贝母 12 g,玄参 12 g,煅牡蛎 24 g,山慈菇 6 g,连翘 12 g,桔梗 9 g,莪术 6 g,其中浙贝母、玄参、煅牡蛎等软坚散结之品可消痰核,并加用山慈菇以增散瘰消肿之效;桔梗利肺气以排壅肺之脓痰,其性散上行,可载药上行直达病所;连翘被称为“疮家圣药”,长于清热解毒、消散痰肿结聚;莪术破血行气,可助散瘀消结。加味消瘰丸是在消瘰丸(玄参、煅牡蛎、贝母)^[9]基础上加入了山慈菇、连翘、莪术等攻邪之力较强的药物,在保留原方清热化痰、软坚散结作用的同时,极大加强了全方散结消瘰之力,又以桔梗作为“舟楫之剂”,使药力直达鼻咽,全方共奏化痰散瘀、软坚散结之功,从而将古方从“消颈部痰核结聚”的功效,拓展至消除腺样体肥大堵塞的症状。若患儿风热之象较重,翁师亦喜用鱼腥草、冬瓜子、皂角刺等中药加强清热消肿、排脓散结之效。同时,对于脾虚纳呆的患儿,可在化痰祛瘀的过程中加用陈皮;若腺样体肥大日久不消,夜鼾顽固,可加用郁

金,使痰瘀随气流动,便于消散;若鼻塞严重时,加用石菖蒲豁痰开窍。川芎为“血中气药”,破症结宿血,可用于腺样体肥大病程久且合并腺样体面容患儿。

2.3 补肺健脾,扶正固本 当患儿标实症状缓解,在治疗后期重点应转向补肺健脾、扶正固本,以防反复感邪而刺激腺样体引起增生肥大,翁师常在疾病恢复期加用玉屏风散加减以补肺益气固表。《医学心悟》有言:“见痰休治痰”^[9],治疗本病除了治疗痰壅、瘀阻等病理因素,还应治病求本,分析生痰原因,阻断生痰之源,从根本上治疗疾病。翁师认为,治疗本病应重视顾护脾胃,若患儿腹胀、便溏,常用二陈汤加减燥湿化痰;若患儿气短乏力、面色萎黄,可加六君子汤加减益气健脾,以除生痰之源,培土生金;若患儿过食肥甘厚味导致积食,可用保和丸加减以消积导滞;若患儿食欲不振、纳差,则加砂仁、佛手、木香、炒麦芽、炒谷芽等醒脾运脾之品,恢复中焦气机枢纽功能。翁师认为,腺样体肥大的病理变化导致其病情复杂,难以消除,因而治疗更需要谨慎和耐心,在症状改善时不可轻易停药,否则易导致前功尽弃,故治疗成败关键在于是否重视顾护脾肺,扶正固本。

病例介绍

刘某,女,7岁,以“鼻塞、夜鼾3个月余”为主诉,于2025年7月9日就诊。患儿3个月余前出现夜间鼻塞、打鼾,鼾声较大,偶有呼吸暂停,伴张口呼吸、夜卧不宁,伴鼻塞、鼻痒、打喷嚏,流黄稠涕或白黏稠涕,未重视及诊治,此后鼻塞反复发作,受凉后加重,夜鼾持续存在并逐渐加重。2个月余前患儿就诊于外院耳鼻喉科,查纤维喉镜示腺样体约占85%后鼻孔,先后给予阿莫西林克拉维酸钾、西替利嗪、孟鲁司特钠等药物口服,糠酸莫米松鼻喷雾剂喷鼻治疗2月余后,患儿鼻塞、夜鼾症状未见明显好转,遂建议患儿行手术治疗,患儿家属拒绝手术治疗,欲求中医治疗,遂转诊至我院儿科门诊。辰下症:患儿夜鼾明显,张口呼吸,双侧交替性鼻塞,伴流黄涕,咳嗽,痰黏,偶有鼻痒、打喷嚏,纳差,寐欠安,二便调。查体:舌红,苔黄,脉浮数,鼻黏膜充血,咽充血,双侧扁桃体Ⅱ度肿大,咽后壁可见脓涕样附着物。西医诊断:腺样体肥大;鼻窦炎。中医诊断:鼻塞(风热犯肺、痰瘀互结证);治法:清热通窍,化痰散瘀,软坚散结。方予加味消瘰丸:浙贝母 12 g,玄参 12 g,煅牡蛎 24 g,山慈菇 6 g,连翘 12 g,桔梗 9 g,苦杏仁 9 g,冬瓜子 15 g,皂角刺 12 g,苍耳子 9 g,辛夷 9 g,白芷 9 g,路路通 9 g,干鱼腥草 15 g,莪术 6 g,甘草片 3 g。共7剂,每日1剂,水煎服,早晚分服。

2025年7月16日二诊,患儿鼻塞缓解,流黄涕,咳嗽减少,张口呼吸缓解,仍有夜鼾,纳少,寐尚安。查体:舌红,苔薄黄,脉浮,咽无充血,双扁桃体

I度肿大,咽后壁可见白黏稠涕样附着物。守初诊方加佛手9g,砂仁6g,炒麦芽15g,以增运脾、醒脾之效。共14剂,煎服法同前。

2025年7月30日三诊,患儿基本无鼻塞,流涕、咳嗽、鼻痒、打喷嚏、夜鼾、张口呼吸明显缓解,纳增,寐安。查体:舌淡红,苔薄白,脉浮,咽无充血,双扁桃体I度肿大,咽后壁未见分泌物附着。守二诊方去皂角刺、冬瓜子、苍耳子、辛夷、白芷、苦杏仁、鱼腥草,加黄芪15g,党参10g,白术10g,以益气固表健脾,续服14剂,煎服法同前。

2025年8月13日四诊,患儿病情稳定,无鼻塞、流涕,无夜鼾、张口呼吸,纳可,寐安。查体:舌淡红,苔薄白,脉平,咽无充血,双扁桃体无肿大,咽后壁未见分泌物附着。守三诊方续服14剂以巩固治疗,煎服法同前。停药后患儿无夜鼾、张口呼吸、鼻塞、流涕,复查鼻咽侧位片示A/N值约为0.65。

按语:本例患儿反复夜鼾、鼻塞、张口呼吸3月余,此乃素体肺脾不足,卫外不固,反复感邪,外邪从鼻窍而入,日久形成痰瘀互结,壅塞鼻窍,以致诸症,故前期治疗以桔梗、苦杏仁宣肺化痰止咳;连翘、鱼腥草清热消肿排脓;浙贝母、玄参、煅牡蛎软坚散结;山慈菇化痰散结;冬瓜子、皂角刺加强化痰排脓;苍耳子、辛夷、白芷、路路通宣通鼻窍;莪术破血消瘀散结。二诊时患儿夜鼾、鼻塞等症状已明显减轻,但脾虚纳少症状仍未改善,故在上述用药基础上加佛手、砂仁、炒麦芽醒脾助运。三诊时患儿基本无鼻塞,无流涕,夜鼾、张口呼吸明显缓解,纳增,咽无充血,咽后壁未见分泌物附着,提示邪热

已祛,故去皂角刺、冬瓜子、苍耳子、辛夷、白芷、苦杏仁、鱼腥草,继续巩固软坚、散结、化痰等治疗,并随即加以益气健脾以防复感。

3 小 结

翁师治疗儿童腺样体肥大,紧扣肺脾不足、外感邪气、痰瘀互结核心病机,注重整体观念,临证尤重辨别标本缓急,其治法强调顺应儿童生理病理特点,攻补兼施,治调结合,体现了她扎实的中医理论功底与数十载的临床经验的积累。

参考文献

- [1] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻喉专业委员会,中国妇幼保健协会儿童变态反应专业委员会,亚太医学生物免疫学会儿童耳鼻喉头颈外科分会. 儿童腺样体肥大临床诊治管理专家共识[J]. 中国实用儿科杂志, 2025, 40(2): 89-95, 99.
- [2] 梅思益, 姜之炎. 中医药诊治小儿腺样体肥大的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(1): 174-177.
- [3] 徐新, 岑经途, 刘铮, 等. 中药治疗小儿腺样体肥大临床效果和安全性 meta 分析[J]. 中国医药导报, 2020, 17(30): 107-111, 117.
- [4] 张腾, 刘来富, 陈子尧, 等. 固本收涩法治疗肺脾气虚型儿童腺样体肥大的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(6): 219-221.
- [5] 蒲文炎, 姜之炎. 儿童腺样体肥大中医病因病机及治疗进展探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(6): 93-98.
- [6] 黄帝内经素问[M]. 周鸿飞, 范涛, 点校. 郑州: 河南科学技术出版社, 2017: 60.
- [7] 李中梓. 医宗必读[M]. 王卫, 张艳君, 徐立, 等, 点校. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 93, 349.
- [8] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 王英, 竹剑平, 江凌圳, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 12.
- [9] 程国彭. 医学心悟[M]. 闫志安, 徐文兵, 点校. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 239.

(上接第50页)

3 小 结

严桂珍教授认为,晚期肺腺癌合并肝转移的核心病机属本虚标实,以肺脾两虚为本,痰瘀毒互结为标。针对这一病机特点,严教授确立了“扶正解毒散结”的治疗大法,构建了层次清晰的辨治体系:一方面注重扶正培本,以健脾益肺、固护中焦为治疗基础,为攻邪解毒提供体质支持;另一方面强调痰、瘀、毒并治,在化痰祛瘀、清热解毒的同时,尤重清肝通络、调和肝脾,以控制肝转移灶之进展;同时审慎运用虫类药,遵循“小剂量、短疗程、配伍制约”原则,实现攻毒不伤正;并始终贯彻心身同治,通过情志疏导与生活方式干预,调和气血,稳定内环境。这一融合了扶正、祛邪、解毒与调神的多维策略,在临床实践中显示出控制病灶进展、减轻治疗不良反应、提升生存质量的综合优势,体现了中医整体观在晚期肿瘤治疗中的独特价值。

参考文献

- [1] HAN B F, ZHENG R S, ZENG H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022 [J]. J Natl Cancer Cent, 2024, 4(1): 47-53.
- [2] 方琴, 李学敏, 吴莉莉, 等. EGFR、ALK 与浸润性肺腺癌患者

病理特征、预后的关系[J]. 热带医学杂志, 2025, 25(7): 914-918, 1009.

- [3] 季鹏程, 叶元滋, 邵长春. 肺癌肝转移的分子机制研究和临床治疗进展[J]. 安徽医科大学学报, 2025, 60(5): 783-787.
- [4] 赵凡斐, 郑阳, 牛坦侠, 等. 双特异性抗体药物应用于复发难治型肺癌的安全性进展[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2025, 32(17): 1060-1066.
- [5] 王沁, 吴淑菲, 史婧, 等. 保元解毒汤联合化疗改善晚期非小细胞肺癌生存预后的作用与机制[J]. 中医学报, 2025, 40(9): 2025-2034.
- [6] 李中梓. 医宗必读[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 249-256.
- [7] 赵振宇, 吴建春, 张博, 等. 李雁运用扶正祛邪法治疗肺癌经验[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(12): 78-82.
- [8] 张若诗, 金香兰. 历代医家对中医老年饮食养生的理论认知探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(2): 191-193, 212.
- [9] 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 215-218.
- [10] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 鲁兆麟, 主校. 彭建中, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 62.
- [11] 张隐庵. 黄帝内经素问集注[M]. 孙国中, 方向红, 点校. 北京: 学苑出版社, 2002: 518.
- [12] 程国彭. 医学心悟[M]. 闫志安, 徐文兵, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 14-15.
- [13] 神农本草经[M]. 孙星衍, 孙冯翼, 辑. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 16.