

清腺通络方治疗儿童腺样体肥大临床研究

周红, 韩光玺

杭州师范大学附属萧山医院儿科, 浙江 杭州 311200

[摘要] 目的: 观察清腺通络方治疗儿童腺样体肥大(AH)的临床疗效。方法: 将杭州师范大学附属萧山医院儿科2023年1月—2024年12月收治的80例AH患儿, 按随机数字表法分为对照组与研究组各40例。对照组给予口服孟鲁司特钠咀嚼片治疗; 研究组给予清腺通络方治疗。治疗12周后观察疗效。剔除后最终对照组完成研究38例, 研究组完成研究36例。比较治疗前后2组临床疗效、中医证候积分、鼻咽侧位影像学指标[腺样体厚度(A值)、鼻咽腔宽度(N值)、腺样体厚度/鼻咽腔宽度(A/N)]、免疫功能(T淋巴细胞亚群CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺比值)及炎症因子[过敏原特异性免疫球蛋白E(sIgE)、嗜酸性粒细胞(EOS)、白三烯C4(LTC4)], 并统计2组治疗期间不良反应发生率。结果: 治疗12周及随访12个月后, 2组中医证候主症积分、次症积分及总分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 研究组上述各项积分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗12周后, 2组A值、N值、A/N值均较治疗前降低, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 研究组各指标值均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗12周后, 研究组CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺水平水平均较治疗前及同期对照组提高, 差异均有统计学意义($P<0.05$), CD8⁺水平均较治疗前及同期对照组降低, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 对照组CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺水平与治疗前比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗12周后, 2组sIgE、EOS、LTC4水平均较治疗前下降($P<0.05$), 研究组上述各指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗12周后, 临床疗效总有效率研究组94.44%(34/36), 对照组76.32%(29/38), 2组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。不良反应发生率研究组8.33%(3/36), 对照组28.95%(11/38), 2组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 清腺通络方治疗儿童AH疗效突出, 对缓解临床症状、缩小腺样体体积、改善机体免疫功能、减轻机体炎症反应及降低不良反应发生率均有效果。

[关键词] 腺样体肥大; 儿童; 清腺通络方; 腺样体厚度; 鼻咽腔宽度; 免疫功能; 血清炎症因子

[中图分类号] R276.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 12-0040-09

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.12.007

Clinical Study on Qingxian Tongluo Prescription for Adenoid Hypertrophy in Children

ZHOU Hong, HAN Guangxi

Department of Pediatrics, Xiaoshan Hospital Affiliated to Hangzhou Normal University, Hangzhou Zhejiang 311200, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical efficacy of Qingxian Tongluo Prescription in treating adenoid hypertrophy (AH) in children. **Methods:** A total of 80 children with AH admitted to the Department of Pediatrics of Xiaoshan Hospital Affiliated to Hangzhou Normal University from January 2023 to December 2024 were randomly divided into a control group and a study group using a random number table method, with 40 cases in each group. The control group received Montelukast Sodium Chewable Tablets, while the study group received Qingxian Tongluo Prescription. After 12 weeks of treatment, efficacy was evaluated. After exclusion, 38 cases in the control group and

[收稿日期] 2025-12-23

[修回日期] 2026-04-29

[基金项目] 浙江省中医药科技计划项目(2023ZL132)

[作者简介] 周红(1988-), 女, 医学硕士, 副主任中医师。

36 cases in the study group completed the study. Clinical efficacy, traditional Chinese medicine syndrome scores, lateral nasopharyngeal imaging indicators [adenoid thickness (A value), nasopharyngeal width (N value), A/N ratio], immune function (T lymphocyte subsets $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD4^+/CD8^+$ ratio), and inflammatory factors [allergen-specific immunoglobulin E (sIgE), eosinophils (EOS), leukotriene C4 (LTC4)] were compared between the two groups before and after treatment. The incidence of adverse reactions during treatment was also recorded. **Results:** After 12 weeks of treatment and at the 12-month follow-up, the primary and secondary traditional Chinese medicine syndrome scores and total scores decreased in both groups compared to before treatment, with statistically significant differences ($P < 0.05$). The study group had lower scores than the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). After 12 weeks of treatment, the A value, N value, and A/N ratio decreased in both groups compared to before treatment, with statistically significant differences ($P < 0.05$). The study group had lower values than the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). After 12 weeks of treatment, the levels of $CD3^+$, $CD4^+$, and the $CD4^+/CD8^+$ ratio in the study group increased compared to before treatment and to the control group at the same time point, with statistically significant differences ($P < 0.05$), while the $CD8^+$ level decreased compared to before treatment and to the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). In the control group, there were no statistically significant differences in $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ levels, or $CD4^+/CD8^+$ ratio compared to before treatment ($P > 0.05$). After 12 weeks of treatment, the levels of sIgE, EOS, and LTC4 decreased in both groups compared to before treatment ($P < 0.05$), and the study group had lower levels than the control group ($P < 0.05$). After 12 weeks of treatment, the total clinical efficacy rate was 94.44% (34/36) in the study group and 76.32% (29/38) in the control group, with a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 8.33% (3/36) in the study group and 28.95% (11/38) in the control group, with a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** Qingxian Tongluo Prescription has a certain efficacy in treating AH in children. It effectively alleviates clinical symptoms, reduces adenoid size, improves immune function, alleviates inflammatory responses, and lowers the incidence of adverse reactions.

Keywords: Adenoid hypertrophy; Children; Qingxian Tongluo Prescription; Adenoid thickness; Nasopharyngeal width; Immune function; Serum inflammatory factors

腺样体肥大(AH)是指鼻咽顶后壁的腺样体因长期受慢性炎症刺激而发生的病理性增生,以鼻塞、张口呼吸及打鼾等症状为主要表现,临床中以儿童为高发人群,若病情进展可进一步诱发分泌性中耳炎、鼻窦炎和气管炎等并发症,给患儿造成较大的痛苦^[1]。目前,针对儿童AH以手术治疗为常用手段,但手术存在一定风险,因而不易被接受,西药保守治疗多选择白三烯受体拮抗剂,其中以孟鲁司特钠为常用药,该药物可通过抗炎和抗过敏机制来改善症状、缩小腺样体体积,但长期使用易产

生药物不良反应,因而近年来多采用中医药治疗^[2]。浙江省名中医邵征洋教授,长期从事儿科临床工作,在儿童呼吸系统疾病领域经验丰富,对过敏性鼻炎、鼻窦炎及AH等病症有独到的诊治心得且疗效显著。邵征洋教授认为,儿童AH多属本虚标实之证,以肺脾两虚为本,以痰瘀为标实,关键病机及证型在于痰瘀互结,治疗上应立足本虚,以先治标实为首要原则,故针对儿童AH痰瘀互结的核心病机,邵征洋教授确立以清热化痰、活血化瘀、软坚散结为基本治则,并据此创制了清腺通络方进

行治疗^[3]。本研究观察清腺通络方治疗儿童AH的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《耳鼻咽喉头颈科学》^[4]中AH的诊断标准。①鼻部症状:鼻塞、流涕、张口呼吸、睡眠时打鼾及闭塞性鼻音;②咽喉及下呼吸道症状:咳嗽,咽部不适,扁桃体肿大;③耳部症状:听力减退,耳鸣;④全身表现:患儿可出现腺样体面容、发育迟缓、注意力不集中、反应迟钝、遗尿等症状;⑤辅助检查,通过纤维鼻咽镜观察腺样体组织占据鼻咽腔的面积比例,可将其肥大程度分为4级。轻度肿大(Ⅰ度):腺样体占据后鼻孔范围小于1/2;轻度肥大(Ⅱ度):占据后鼻孔1/2至2/3;中度肥大(Ⅲ度):占据后鼻孔2/3至3/4;重度肥大(Ⅳ度):占据后鼻孔比例超过3/4。

1.2 辨证标准 符合《中医耳鼻咽喉科学》^[5]并结合临床制定AH痰瘀互结证的辨证标准。主症:鼻塞,张口呼吸,夜寐打鼾;次症:咽痛,流浊涕,咳嗽咳痰,听力下降;舌脉象:舌质红,苔腻,脉浮数。患儿同时具备上述主症及次症各至少2项,并符合相应舌脉特征可辨证。

1.3 纳入标准 满足上述AH西医诊断标准及中医辨证标准者;年龄范围3~14岁;AH程度为Ⅰ~Ⅲ度;脑电图检查无特异性异常者;近半年内未接受过任何中药或西药治疗;研究获得患儿法定监护人知情同意。

1.4 排除标准 Ⅳ度AH患儿;存在严重鼻中隔偏曲或其他影响通气疾病者;合并其他全身性疾病或严重并发症者;依从性差,未按治疗方案进行治疗者。

1.5 剔除标准与脱落标准 未遵医嘱用药,如擅自间断服药或加加用其他西药而干扰疗效判定者;未按计划进行复诊者;发生严重不良

事件、出现并发症或发生特殊生理变化,不再适合继续参与试验者;临床资料缺失,影响对疗效的准确判断者;研究期间因各种原因自行退出、失访或未能完成既定疗程者。

1.6 一般资料 采取前瞻性对照研究试验法。观察病例为2023年1月—2024年12月杭州师范大学附属萧山医院儿科收治的80例儿童AH患儿,按随机数字表法将所有符合纳排标准的患儿分为对照组与研究组(各40例)。试验期间对照组因擅自间断服药剔除1例,个人原因自行退出研究脱落1例,最终完成38例;研究组因间断服药剔除2例,临床资料不全而影响疗效判断剔除1例,中途失访脱落1例,最终36例。对照组男23例,女15例;年龄3~14岁,平均 (8.45 ± 2.10) 岁;病程0.4~4年,平均 (2.25 ± 0.52) 年;病情严重程度:Ⅰ度12例,Ⅱ度15例,Ⅲ度11例。研究组男20例,女16例;年龄3~14岁,平均 (9.18 ± 2.21) 岁;病程0.3~4年,平均 (2.16 ± 0.48) 年;病情严重程度:Ⅰ度7例,Ⅱ度10例,Ⅲ度12例,Ⅳ度7例。2组一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究获得杭州师范大学附属萧山医院医学伦理委员会审批通过(K2022033)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予孟鲁司特钠咀嚼片(杭州默沙东制药有限公司,国药准字HJ20181188/HJ20181211,规格:4 mg/5 mg)治疗。服用剂量:3~5岁患儿每天4 mg, >5岁患儿每天5 mg,均为每天睡前口服。连续治疗12周后评估临床疗效。

2.2 研究组 给予清腺通络方治疗。处方:玄参6 g,浙贝母6 g,川芎6 g,黄芩6 g,赤芍6 g,白芷6 g,丝瓜络9 g,桔梗6 g,夏枯草9 g,姜半夏9 g,猫爪草9 g,昆布9 g,薏

苡仁 12 g, 炙甘草 6 g。随症加减:晨起喉间痰鸣者加白前 3 g, 蜜紫菀 6 g;涕色黄浊者加桑白皮 9 g, 野荞麦 9 g;纳差、挑食者加山楂 9 g, 炒麦芽 9 g, 莱菔子 6 g。水煎,取汁 80~240 mL。3~5岁:每次 40 mL,早、晚各 1次;6~10岁:每次 80 mL,早、晚各 1次;10~14岁:每次 120 mL,早、晚各 1次。均为餐后 30 min 温服。连续治疗 12 周后评估临床疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。治疗 12 周后评估临床治疗效果。②中医证候积分。分别于治疗前、治疗 12 周后及随访 12 个月参考文献[6]对中医证候进行量化分级评分,包括主症(鼻塞,张口呼吸,夜寐打鼾)和次症(咽部不适,流浊涕,咳嗽咳痰,听力下降),中医证候量化分级标准,见表 1、表 2,总积分=主症积分+次症积分,总分 30 分,分值越高则症状越严重。③鼻咽侧位影像学指标。分别于治疗前、治疗 12 周后采用数字化 X 射线摄影系统(上海联影医疗科技股份有限公司,型号:DR XEVB 04660)对患儿进行鼻咽部侧位片拍摄,测量其腺样体厚度(A 值)、鼻咽腔宽度(N

值),并计算腺样体厚度/鼻咽腔宽度(A/N 值),评估标准如下。正常范围:A/N 值 ≤ 0.6 ;I 度肥大:A/N 值为 0.61~0.70;II 度肥大:A/N 值为 0.71~0.80;III 度肥大:A/N 值 ≥ 0.81 。④免疫功能及炎症因子指标。分别于治疗前、治疗 12 周后取患儿空腹外周肘静脉血 4 mL,制备 3 份,取第 1 份采用流式细胞仪(贝克曼库尔特,型号:CytoFLEX LX)测量 T 淋巴细胞亚群 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺水平,并计算 CD4⁺/CD8⁺比值;取第 2 份采用全自动血细胞分析仪(仪器购自济南希森美康医用电子有限公司,型号:XS-500iX)测定嗜酸性粒细胞(EOS)水平,取第 3 份以 3 000 r/min 转速(离心半径 15 cm)离心处理 10 min 后,分离上清液置于-70℃条件下备测,以免疫化学发光法(试剂盒购自泉州市睿信生物科技有限公司)检测血清过敏原特异性免疫球蛋白 E(sIgE)水平,以酶联免疫吸附法(试剂盒购自泉州市睿信生物科技有限公司)测定白三烯 C4(LTC4)水平。⑤不良反应发生率。试验期间统计 2 组患儿恶心呕吐、烦躁、口渴、皮疹及呼吸困难不良反应发生情况。

表 1 中医主症证候量化分级标准

主症	无(0分)	轻度(2分)	中度(4分)	重度(6分)
鼻塞	无	间歇性鼻塞	持续性鼻塞,对生活有一定影响	完全性鼻塞,严重影响生活
张口呼吸	无	偶尔在睡觉时张嘴	习惯性张嘴呼吸	全天必须用嘴呼吸
夜寐打鼾	无	夜间偶尔打鼾	夜间间断性打鼾	夜间持续性打鼾

表 2 中医次症证候量化分级标准

次症	无(0分)	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
咽痛	无	疼痛轻微,偶有出现	疼痛明显,持续存在	疼痛剧烈,呈持续、呈撕裂或刀割样
流浊涕	无	量少,偶尔擤一下,鼻涕呈淡黄色或白色	量中,经常擤,鼻涕呈黄绿色	不停擤,脓涕
咳嗽咳痰	无	偶尔咳几声,有少量白痰	频繁咳嗽,痰黄且黏	剧烈咳嗽不停,痰多、黏且不易咳出
听力下降	无	在安静环境下能正常交流	在安静环境下需要对方放慢语速、提高音量才能听清	只能听到近距离的大声讲话

3.2 统计学方法 数据处理的 SPSS26.0 软件分析,计数资料以百分比(%)表示和 χ^2 检验;

满足正态分布计量资料以均值 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较以独立样本 t 检验,组内治疗

前后比较以配对样本 t 检验；组内多个时间点数据比较以重复测量方差分析，两时间点数据比较以 LSD- t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗 12 周后参考文献[7]拟定。治愈：鼻塞、张口呼吸、夜寐打鼾等中医症状消失，中医证候积分改善率 $\geq 95\%$ ；显效：上述中医症状明显改善， $70\% \leq$ 中医证候积分改善率 $< 95\%$ ；有效：上述中医症状有所好转， $30\% \leq$ 中医证候积分改善率 $< 70\%$ ；无效：上述中医症状无改善或加重，中医证候积分改善率 $< 30\%$ 。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ ；中医证候积分改善率(计算公式参照尼莫地平法) = (治疗前中医证候积分 - 治疗后中医证候积分) / 治疗前中医证候积分 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 3。治疗 12 周后，临床疗效总有效率研究组 94.44%(34/36)，对照组 76.32%(29/38)，2 组比较，差异有统计学

意义($P < 0.05$)。

4.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 4。治疗前，2 组主症积分、次症积分及总积分分别比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 3 个时间点的主症积分、次症积分及总积分分别整体比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 12 周后，2 组主症积分、次症积分及总积分均较治疗前下降($P < 0.05$)；随访 12 个月，2 组主症积分、次症积分及总积分均较治疗 12 周后下降($P < 0.05$)。2 组中医证候主症积分、次症积分及总积分均随治疗及随访时间的延长呈下降趋势。研究组治疗 12 周后、随访 12 个月后的主症积分、次症积分及总积分均低于同期对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组临床疗效比较

例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	38	3(7.89)	12(31.58)	14(36.84)	9(23.68)	29(76.32)
研究组	36	8(22.22)	16(44.44)	10(27.78)	2(5.56)	34(94.44)
χ^2 值						4.801
P 值						0.028

表 4 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	主症积分			次症积分			总积分		
		治疗前	治疗 12 周后	随访 12 个月	治疗前	治疗 12 周后	随访 12 个月	治疗前	治疗 12 周后	随访 12 个月
对照组	38	11.47 $\pm$ 3.10	7.21 $\pm$ 2.28 ^①	5.45 $\pm$ 1.60 ^{①②}	8.33 $\pm$ 2.05	5.75 $\pm$ 1.34 ^①	3.86 $\pm$ 1.21 ^{①②}	19.80 $\pm$ 3.15	12.96 $\pm$ 2.66 ^①	9.31 $\pm$ 2.10 ^{①②}
研究组	36	12.00 $\pm$ 3.21	5.98 $\pm$ 1.62 ^①	4.02 $\pm$ 1.27 ^{①②}	7.95 $\pm$ 2.10	4.28 $\pm$ 1.32 ^①	2.90 $\pm$ 0.84 ^{①②}	19.95 $\pm$ 3.22	10.26 $\pm$ 2.35 ^①	6.92 $\pm$ 1.97 ^{①②}
t 值		0.722	2.687	4.270	0.787	4.752	3.982	0.202	4.632	5.052
P 值		0.473	0.009	< 0.001	0.434	< 0.001	< 0.001	0.840	< 0.001	< 0.001

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与本组治疗 12 周后比较， $P < 0.05$ 。

4.4 2 组治疗前后鼻咽侧位影像学指标比较 见表 5。治疗前，2 组鼻咽侧位影像学指标 A 值、N 值、A/N 值分别比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 12 周后，2 组 A 值、N 值、A/N 值均较治疗前降低($P < 0.05$)。研究组 A 值、N 值、A/N 值均低于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2 组治疗前后免疫功能指标比较 见表 6。治疗前，2 组 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺

水平分别比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。对照组 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平治疗前后比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 12 周后，研究组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均较治疗前提高($P < 0.05$)，CD8⁺ 水平均较治疗前降低($P < 0.05$)；研究组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组($P < 0.05$)，CD8⁺ 水平低于对照组($P < 0.05$)。

表5 2组治疗前后鼻咽侧位影像学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	A值		N值		A/N值	
		治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后
对照组	38	2.22±0.46	1.85±0.40 ^①	3.10±0.52	2.73±0.44 ^①	0.72±0.05	0.68±0.03 ^①
研究组	36	2.34±0.60	1.46±0.35 ^①	3.18±0.55	2.30±0.32 ^①	0.74±0.06	0.63±0.04 ^①
<i>t</i> 值		0.962	4.470	0.642	4.826	1.553	6.058
<i>P</i> 值		0.340	<0.001	0.523	<0.001	0.125	<0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

表6 2组治疗前后免疫功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后
对照组	38	62.81±5.27	63.08±5.14	37.52±4.82	38.15±4.94	35.77±3.25	35.26±3.18	1.05±0.23	1.08±0.25
研究组	36	63.28±6.10	68.90±6.71 ^①	38.04±5.20	43.10±6.12 ^①	35.64±3.70	32.10±3.05 ^①	1.07±0.21	1.34±0.28 ^①
<i>t</i> 值		0.354	4.172	0.446	3.817	0.160	4.363	0.391	4.205
<i>P</i> 值		0.725	<0.001	0.657	<0.001	0.873	<0.001	0.697	<0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.6 2组治疗前后炎症因子水平比较 见表7。 治疗12周后, 2组sIgE、EOS、LTC4水平均较治疗前, 2组炎症因子sIgE、EOS、LTC4水平分别比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。 LTC4水平均低于对照组($P<0.05$)。

表7 2组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	sIgE(U/mL)		EOS($\times 10^9$ /L)		LTC4(pg/mL)	
		治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后
对照组	38	232.65±45.86	185.36±35.21 ^①	0.64±0.16	0.48±0.12 ^①	328.57±46.92	265.30±37.18 ^①
研究组	36	240.72±48.20	164.14±28.36 ^①	0.61±0.13	0.35±0.10 ^①	332.84±50.66	241.00±28.25 ^①
<i>t</i> 值		0.737	2.862	0.880	5.047	0.376	3.176
<i>P</i> 值		0.464	0.006	0.380	<0.001	0.708	0.002

注: ①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.7 2组不良反应发生率比较 见表8。不良 2组不良反应发生率比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。 反应发生率研究组8.33%, 对照组28.95%,

表8 2组不良反应发生率比较

组别	例数	恶心呕吐	烦躁	口渴	皮疹	呼吸困难	总发生
对照组	38	3(7.89)	2(5.26)	3(7.89)	2(5.26)	1(2.63)	11(28.95)
研究组	36	1(2.78)	0	1(2.78)	1(2.78)	0	3(8.33)
χ^2 值							5.121
<i>P</i> 值							0.024

5 讨论

AH的具体发病机制仍未完全阐明, 目前普遍认为其与免疫调节功能异常、自身免疫性

炎症、过敏反应以及遗传背景等多种因素密切相关, 由于该症状会一直持续到青春期, 因此及时采取治疗措施至关重要。近年来, 西医治

疗儿童AH主要采取手术和保守治疗,保守治疗是临床首选,常用方法包括使用抗过敏、抗感染等药物^[8]。孟鲁司特钠为一种白三烯受体调节剂,该药物可通过抑制体内白三烯活性达到降低血管通透性的效果,从而使气道平滑肌痉挛得到缓解,降低气道敏感性,同时该药物具有抗炎和抗过敏作用,能减轻鼻腔黏膜水肿、抑制分泌物,从而有效缓解鼻塞、流涕等症状,有效控制腺样体病理性肥大的疾病进展,但长期应用此类药物可能引发耐药性,并增加不良反应的风险^[9]。

AH属中医鼻塞、鼾眠等范畴。邵征洋教授认为,小儿属稚阴稚阳之体,脏腑娇嫩,卫外不固,易受风邪侵袭,致肺失宣肃,气机不畅,津液运行失常,聚而成痰。加之小儿为“纯阳之体”,感邪后易从热化,热炼津液为痰,痰热互结,壅塞于鼻咽脉络,阻碍气血运行,日久致瘀。瘀血既成,又与痰浊相互搏结,致腺样体病理性增生、质地变硬,形成“痰核”,阻塞鼻咽气道。可见本病以痰瘀互结为常见证型,治疗应以清热化痰、活血化瘀、软坚散结为主要思路,故创制清腺通络方^[10]。方中君以玄参、浙贝母、猫爪草,可发挥清热化痰、解毒散结功效。臣以川芎、昆布、姜半夏、夏枯草,上述药物配伍有清热、活血、化痰、散结功效,有助君药增强化痰、软坚散结之效。佐以黄芩、赤芍、薏苡仁、白芷、丝瓜络、桔梗,上述药物配伍有清热利湿、活血通络、宣肺利咽作用。甘草为使,调和药性。全方配伍,共奏清热化痰、活血化瘀、软坚散结之效。若晨起喉间痰鸣者加白前、蜜紫菀以润肺止咳、降气化痰;流黄浊涕者加桑白皮、野荞麦以清热排脓;纳差者加山楂、炒麦芽、莱菔子以消食化积。本研究结果显示,研究组临床总有效率优于对照组,且治疗12周后及为

期12个月的随访期结束时,研究组在中医证候的主症、次症及总积分均低于对照组,提示使用清腺通络方治疗儿童AH在提升疗效和改善临床症状方面较单一使用西药更突出。

鼻咽侧位X线片是评估腺样体大小及其所致鼻咽气道阻塞程度的常规影像学方法,该检查能直观显示腺样体组织的轮廓、表面形态及其与邻近结构的空间关系,通过测量腺样体最凸点厚度(A值)与鼻咽腔骨性前后径宽度(N值),并计算两者比值(A/N),可对AH病情程度进行量化分级,A/N比值是临床评判病情严重程度及客观监测治疗效果的关键指标之一^[11]。因其检查过程简便、快速且患儿耐受性良好,该方法在儿科临床实践中被广泛采用。本研究结果显示,研究组在治疗12周后的A值、N值、A/N值均低于对照组,提示采用清腺通络方治疗儿童AH不仅短期疗效显著,还有助于病情的长期缓解,防止病情反弹,而仅使用西药主要依赖于治疗期间的药物控制,停药后病情难以得到持续改善。笔者分析其原因可能是,清腺通络方中猫爪草、夏枯草等化痰散结药物有对抗淋巴组织增生作用,方中黄芩、赤芍等清热活血药物有助于消除局部过敏状态和炎症反应,方中丝瓜络、桔梗等宣肺通络药物有助于改善局部微循环,通过多味中药协同作用可促使肥大的腺样体组织体积减小,且能增大鼻咽腔气道空间,从而有助于降低A/N值。

sIgE是一种介导I型变态反应的关键抗体,主要由支气管、扁桃体、鼻咽等处黏膜层浆细胞产生,其通过与肥大细胞、嗜碱性粒细胞表面的受体结合,使其致敏并释放组胺等活性物质而导致AH^[12];EOS在变态反应中发挥着重要作用,不仅是上皮损伤细胞,也是关键的促炎介质。抗原刺激引发的变态反应过程中,在

慢性炎症长期反复的刺激下, EOS会迁移至相关组织与外周血中并聚集, 释放出多种炎症或促炎性介质, 进而可能诱导腺样体增生和肥大, 可作为变态反应性疾病的一个显著特征^[13]; 白三烯类炎症因子 LTC₄ 可促进嗜酸性粒细胞再生, 并趋化炎症细胞聚集, 是诱发过敏性鼻炎反应的重要因素^[14]。现代药理研究表明, 浙贝母的贝母素甲、贝母素乙等生物碱类活性成分具有较好的抗炎作用^[15]; 桔梗中皂苷成分有抑制中性粒细胞、嗜酸性粒细胞等炎症因子水平^[16]; 猫爪草中酚酸类化合物、吡咯丁酸类生物碱等具有较强的抗炎活性^[17]; 夏枯草提取物能够通过阻断核因子 κ B 的活化, 降低炎症相关因子人环氧酶 2 和一氧化氮合酶的表达, 进而发挥抗炎效果^[18]; 黄芩含活性成分黄芩苷、黄芩素、萜类化合物等, 可减少白三烯、组胺等炎症介质的释放, 从而阻断 IgE 介导的速发型过敏反应环节^[19]; 半夏中的脑苷脂类、生物碱类、甾醇类等生物活性成分对变态反应性炎症、非特异性炎症均有较好的改善作用^[20]。本研究数据观察显示, 经治疗 12 周后, 研究组患儿 sIgE、EOS、LTC₄ 水平均低于对照组。提示运用清腺通络方治疗儿童 AH 更有助于减轻患儿炎症反应。

研究表明, AH 的发生与淋巴细胞亚群失调密切相关, 当免疫紊乱时, 病原体反复侵袭可导致腺样体持续炎症及病理性增生^[21]。其中, CD3⁺ T 细胞主要分为辅助性 T 细胞(CD4⁺) 和细胞毒性 T 细胞(CD8⁺), CD4⁺ T 细胞激活体液与细胞免疫, CD8⁺ T 细胞则发挥免疫抑制作用, 两者相互拮抗以维持动态平衡, CD4⁺ / CD8⁺ 比值可作为评估细胞免疫功能的重要指标^[22]。在病理状态下, 辅助性 T 细胞生成减少, T 细胞增殖受阻, 导致 CD4⁺ / CD8⁺ 比值降低, 免疫平衡被破坏, 此时患儿常处于免疫抑

制状态, 整体免疫功能减弱^[23]。现代药理研究表明, 玄参中含活性成分环烯醚萜苷类、三萜类、黄酮类等, 可发挥免疫调节作用, 能有效改善免疫功能低下^[24]; 薏苡仁多糖成分有增强免疫作用, 可促进淋巴细胞转化^[25]; 甘草中三萜皂苷类、黄酮类等活性成分有调节免疫作用, 在免疫功能低下时, 可促进 B 淋巴细胞和 T 淋巴细胞的增殖与活化, 从而增强机体产生和分泌抗体的能力^[26]。本研究结果显示, 经治疗 12 周后, 研究组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺ / CD8⁺ 水平均较治疗前及同期对照组提高, CD8⁺ 水平均较治疗前及同期对照组降低, 而对照组各指标水平较治疗前均差异无统计学意义。提示采用清腺通络方治疗 AH 患儿可有效改善其免疫功能紊乱, 恢复机体免疫平衡。

此外, 治疗期间经不良反应统计, 研究组出现恶心呕吐、烦躁、口渴、皮疹及呼吸困难等不良反应总发生率显著低于对照组, 此结果说明使用清腺通络方治疗儿童 AH 在取得更优疗效的同时具有较高的安全性和耐受性, 可减少患儿因长期使用西药引起的不良反应, 对于出现恶心呕吐患儿将药物服用时间调整至餐后半小时后症状缓解, 烦躁、口渴患儿鼓励用药后多喝水后缓解, 皮疹、呼吸困难患儿停用药物, 并经对症处理后症状缓解。

综上所述, 采用邵征洋教授所拟的清腺通络方治疗儿童 AH 疗效显著, 可有效缓解患儿临床症状, 缩小患儿腺样体体积, 提升患儿机体免疫力及减轻机体炎症反应, 且药物安全性高, 不良反应少, 在临床中值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 杜丽, 陈竹, 陈娜, 等. 补中益气汤联合复方木芙蓉涂鼻软膏治疗脾肺气虚型儿童腺样体肥大疗效观察[J]. 国医论坛, 2024, 39(5): 35-38.
- [2] 张静, 魏玮, 黄振云, 等. 升麻解毒方结合白三烯受体拮抗剂对

- 肺经蕴热证儿童腺样体肥大的疗效及其对 A/N 比率的影响[J]. 川北医学院学报, 2021, 36(8): 1019-1023.
- [3] 陈玥, 连俊兰, 邵征洋, 等. 基于数据挖掘分析邵征洋治疗儿童腺样体肥大用药规律[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(7): 578-580.
- [4] 韩德民. 耳鼻咽喉头颈科学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004: 283-287.
- [5] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 143.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 162-167.
- [7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 10-11.
- [8] 王永, 梁希仁. 自拟消痛散结汤加减治疗儿童腺样体肥大痰气郁结证的临床疗效研究[J]. 中国现代药物应用, 2024, 18(5): 127-130.
- [9] 郭名聪. 孟鲁司特钠咀嚼片联合糖酸莫米松鼻喷雾剂治疗儿童腺样体肥大的效果研究[J]. 药品评价, 2024, 21(7): 879-881.
- [10] 姚想, 连俊兰. 邵征洋教授分期辨治小儿腺样体肥大经验[J]. 中医儿科杂志, 2024, 20(4): 37-40.
- [11] 张珊, 葛晨曦, 李聪, 等. 儿童腺样体肥大手术患儿鼻咽部 X 线摄影表现及临床观察[J]. 医学影像学杂志, 2024, 34(12): 162-164.
- [12] 吴右彬. 孟鲁司特联合鼻腔分泌物吸引对腺样体肥大患儿腺样体改变的影响[J]. 慢性病学杂志, 2024, 25(8): 1219-1222.
- [13] 张奇雪. EOS 及 Th1/Th2 失衡在腺样体肥大患儿中的意义研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2019.
- [14] 刘晓峰, 杜娟, 王登茂, 等. 血清白三烯 C₄、D₄ 及 C-C 趋化因子配体 21 水平与腺样体肥大患儿腺样体肥大程度及预后的相关性[J]. 川北医学院学报, 2023, 38(7): 927-930.
- [15] 陈雨彤, 叶琳若, 崔琦, 等. 浙贝母化学成分和药理作用的研究进展及其质量标志物预测分析[J]. 中医药信息, 2024, 41(6): 60-75, 81.
- [16] 赵雨芯, 谢龙, 李小芳, 等. 桔梗皂苷的药理作用研究进展[J]. 中药与临床, 2022, 13(2): 94-98.
- [17] 桑震震. 猫爪草的化学成分及其抗炎活性研究[D]. 天津: 天津中医药大学, 2021.
- [18] 王颖, 王一硕, 杜紫薇, 等. 夏枯草不同部位化学成分、药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(6): 199-211.
- [19] 刘晓龙, 李春燕, 陈奇剑, 等. 黄芩主要活性成分和药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2023, 40(10): 979-985, 990.
- [20] 罗强, 梁晓宇, 刘鑫, 等. 半夏化学成分及药理作用研究进展[J]. 特产研究, 2020, 42(5): 54-60.
- [21] 韩桃, 胡晓华, 马聪. 俞氏宣通散加味治疗肺脾气虚型儿童腺样体肥大的临床疗效[J]. 中国妇幼保健, 2022, 37(8): 1412-1417.
- [22] 徐博. 选择性脊柱推拿对肺脾气虚型儿童腺样体肥大的免疫机制研究[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
- [23] 朱艳双, 欧阳治国. 65 例分泌性中耳炎合并腺样体肥大患儿外周血 T 淋巴细胞亚群检测及其临床意义[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(18): 3409-3412.
- [24] 陈丽新, 梁伟. 玄参化学成分及药理作用的研究进展[J]. 特产研究, 2023, 45(1): 147-151.
- [25] 李晓凯, 顾坤, 梁慕文, 等. 薏苡仁化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2020, 51(21): 5645-5657.
- [26] 谢瑞强, 王长福. 炙甘草化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2023, 40(4): 84-89.

[责任编辑: 刘淑婷, 蒋维超(英文)]