

从伏邪理论论治儿童变应性鼻炎合并腺样体肥大[※]

杨 柳^{1,2} 邱彩霞^{1,2▲} 龚春莹³ 严 蕾³ 艾 斯^{1,2} 郑思行^{1,2} 范雪琪^{1,2}

摘 要 伏邪理论作为中医学重要理论之一,与现代医学免疫失衡、遗传机制具有对应性,广泛用于变应性疾病与遗传相关疾病的诊疗。儿童变应性鼻炎(AR)与腺样体肥大(AH)在病机上密切相关,二者常同时发生。AR病机可概括为“禀赋异常,内有饮伏,受外邪引动而发”,而AH则在此基础上发展为“饮与热结,伏邪入络,阻滞脉络”。因此,AR合并AH当以“清热开窍、引邪外达”为核心治法,临床可采用疏风醒鼻方内服,并根据病程分期进行加减,同时还可配合醒鼻凝胶滴鼻剂外治,形成内外结合的综合疗法。文中通过典型医案分析与归纳,深入探讨伏邪理论在儿童变应性鼻炎合并腺样体肥大治疗中的应用,为临床诊疗提供新思路与参考。

关键词 伏邪理论;变应性鼻炎;腺样体肥大;儿童;疏风醒鼻方;醒鼻凝胶滴鼻剂

变应性鼻炎(allergic rhinitis, AR)是一种以流涕、鼻痒、喷嚏、鼻塞为主要表现的疾病。中国部分城市流行病学调查显示,约20%儿童受其困扰^[1]。正常情况下,儿童腺样体在2~6岁增生最为明显,随年龄增长逐渐萎缩。若腺样体异常增生并引发相关症状,则称为腺样体肥大(adenoid hypertrophy, AH)。其临床表现不仅包括鼻塞、闭塞性鼻音、流涕和咽耳部不适等局部症状,还常引发睡眠障碍,表现为夜间打鼾、憋气、张口呼吸及睡眠质量下降^[2]。AH和AR常并存,AR患儿中AH发生率约为21.2%^[3]。肥大的腺样体可部分或完全堵塞后鼻孔,阻碍鼻腔黏液纤毛清除功能,导致过敏原在鼻腔滞留时间延长,可能进一步加剧AR症状。AR合并AH是儿科常见病、难治病,近年来发病率呈逐年上升趋势^[4]。

AR属中医“鼽嚏”范畴,最早载于《礼记》:“冬藏殃败,民多鼽嚏。”AH依其症状可归属“鼻塞”“痰核”“鼾症”等,与“鼽嚏”关系密切。如《素问玄机原病式·六气为病·热类》言:“火主膜膈肿胀,故阳明热,而鼻

中膨胀,则窒塞也。”近年来,伏邪理论在慢性感染性疾病、变应性疾病及遗传相关疾病诊疗中应用广泛。从中医病机看,AR与AH二者均具有邪气内伏、遇外邪引动而发的共同特点^[5]。因此,本文以伏邪理论为切入点,探讨AR合并AH的证治策略,旨在为临床诊疗提供参考。

1 伏邪理论概述

“伏邪”有狭义、广义之分。狭义的伏邪,是指机体感受六淫邪气后未即发病,因正气不足,邪气伏匿体内,逾时遇外邪引动而发的一类病邪,正如《伏邪新书》所言:“感六淫而不即病,过后方发者,总谓之伏邪。”明清时期,伏邪理论渐趋成熟,渐由狭义向广义演变。《温疫论》首立“伏邪”之名,并创“邪伏膜原”之说^[6]。伏邪理论经历代医家阐发与现代研究推进,其内涵已广义化。如王燕昌《王氏医存》所发挥:“伏匿诸病,六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫皆有之。”随着研究的深入,现代学者将变态反应(免疫应答)^[7]、放射线、气候变化、工业污染等因素,归属于广义伏邪的范畴进行探讨。

《五十二病方》首载伏邪理论,认为产妇产时居于湿地感受湿邪,湿邪潜藏于婴幼儿体内,可致日后发为惊厥,此为现存最早对伏邪病因与症状的论述。《小儿药证直诀》所载“小儿在胎十月,食五脏血秽,生下则其毒当出”,实为“胎毒”致病的早期论述。该理论指出,先天禀赋不足,传于子代,伏藏体内,遇诱因而

※基金项目 国家自然科学基金项目(No.82405481);国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(No.国中医药人教函[2021]272号);国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(No.zyyzdxk-2023104)

▲通信作者 邱彩霞,女,副主任医师,硕士研究生导师。主要从事儿童过敏性疾病的中医临床研究。E-mail:343832754@qq.com

•作者单位 1.福建中医药大学附属人民医院(福建 福州 350004);2.福建中医药大学中医儿科研究所(福建 福州 350021);3.福建中医药大学中西医结合学院 中西医结合研究院(福建 福州 350122)

发病。中医胎毒理论认为,胎孕初期或胎儿期,因父母饮食、情志或孕母感受寒热之邪,形成胎毒内蕴,内生伏邪,致小儿出生后易患诸疾。由此可见,伏邪理论与遗传因素密切相关,这与儿童AR的现代发病机制相契合。

2 从伏邪理论论述儿童变应性鼻炎合并腺样体肥大的病因病机

2.1 邪之所伏,因虚而生 基于小儿“肺常不足、脾常不足、肾常虚”的生理特点,AR的内因多为先天禀赋特异,脏腑娇嫩,肺脾气虚。肺常不足,则卫表不固,易感外邪;肺失宣降,则通调水道失司,津液失布外溢;肺气不降,则肠道传导失常。脾常不足,运化失职,传导不利,津液失运,饮邪内伏;脾虚又可母病及子,损及肺气,使肺失宣降,痰饮内停。肾为气之根,肾精充沛则肺气得养,肺气肃降而下纳于肾,气机调畅,鼻窍通利。若肾气亏虚,肺失温煦,摄纳无权,气浮于上则喷嚏频作,津液上犯鼻窍则流涕不止。故AR与小儿肺、脾、肾三脏功能密切相关。

咽喉为阴阳气机出入之要道,AH病位在咽喉,外感、饮食、内伤所致伏邪壅滞不散,皆可阻滞气机,聚于咽喉^[3]。若伏邪侵袭,正气虚弱,无力驱邪,则邪气伏藏,待机而发。肺、脾、肾三脏亏虚是本病发生发展的关键^[8]。肺气虚则卫外不固,易感邪发病;加之小儿体质纯阳,易从火化,肺经伏热上扰鼻咽,可致鼻窍不通、咽喉不利^[9]。脾气不足,水谷精微运化失常,津液不能上承于肺,导致肺宣发肃降失职,受邪而病;中焦虚弱,无力腐熟水谷,复因过食辛温燥热,聚湿生痰,挟热伏于中焦,稍感外邪即可引发。小儿元阳未充,肾常虚,摄纳无权,气浮于上,卫气失根,御邪不足,亦可导致本病。

2.2 风饮伏肺,饮与热结,伏邪入络,阻滞脉络 外因以风邪为多见。风为百病之长,易兼夹他邪致病,常与热、寒、湿相合。风邪袭表,首犯于肺,鼻为肺窍,肺金受邪,触动伏饮上逆,表现为鼻塞、鼻痒、流涕、喷嚏;风盛则痒,故见鼻痒、眼痒。伏饮与风邪相搏,蕴久化热,风热上扰;或感受风热之邪,两阳相合,肺气壅塞,宣降失司,津液输布障碍而停聚,鼻窍不利则见鼻塞、喷嚏、流涕等。若感受风寒之邪,风性开泄,寒湿随入,可致清涕不止;寒性收引,凝滞气道,湿性黏滞,不易速去,寒湿互结,故AR反复难愈。此外,外邪亦包括特异性过敏食物、花粉、环境污染等。因此,

AR的病机可总结为:禀赋异常,内有饮伏,受外邪引动而发。

小儿体属纯阳,阳常有余,阴常不足,故易患热病,且患病后易入里化热^[10]。火为热邪,热邪内伏,咽喉为人体要冲、经脉循行交会之所,热邪循经上传,灼伤津液,或炼液成痰,停聚咽喉则开合不利;或素有痰饮,饮与热结,搏结咽喉则生肿大。咽为胃关,喉为肺门,反复外感风热邪气,经口鼻入肺,伏于肺经,聚而成痰成毒,循经上行,搏结于鼻咽,日久肿大,阻滞气道为病。或素体脾虚,饮食无节,肥甘厚味积于胃肠,中焦失畅,郁而化湿化热,上扰清窍,气道阻塞而发为鼻鼾^[11]。亦可因胃热上炎,与肺热并行,痰热互结,上熏咽喉而为病。AH患儿多病程迁延,正气日亏,运血无力,伏邪入血入络,与痰、热、湿等邪交结,瘀阻难消,血流不畅,积聚咽喉,凝聚不散,阻滞脉络而发病。

3 治疗

选方可以疏风醒鼻方(由蜜麻黄、苦杏仁、生甘草、藿香、川芎、丝瓜络、蒲公英、辛夷等药组成)为基础^[12],根据病程分期进行加减。

3.1 发作初期 风邪侵袭卫表,伏饮与外感风邪搏结,内生痰湿,壅塞鼻腔,以鼻炎症状为主,腺样体轻度肥大。病机重在风邪袭表,可暂不作特殊加减,以基础方宣肺疏风、解表化痰为主,用药如蜜麻黄、射干、浙贝母等。

3.2 发作中期 邪气渐盛,正气亏虚,饮邪郁久化热,蒙蔽清窍,除鼻部症状外,可见中耳炎等清窍不利表现。病机以风热痰浊邪蒙清窍为主,可加用法半夏、陈皮化痰浊,薄荷等清热透窍,并可辅以外用滴鼻剂(如醒鼻凝胶滴鼻剂)以疏风泄热、通利鼻窍。

醒鼻凝胶滴鼻剂为福建中医药大学附属人民医院院内制剂。该方以徐长卿、蝉蜕、牛黄、冰片组成,以清热开窍、引邪外达为法。方中君药徐长卿,功擅祛邪益气、除湿止痒。《神农本草经》载其“主治蛊毒,疫疾,邪恶气,温疟”^[13];《名医别录》谓其“益气”。臣药蝉蜕,可清热透邪,除内伏之热。佐药人工牛黄,能解热、清心开窍,现代药理学研究表明其有免疫调节作用^[14]。使药冰片,清热开窍、引邪外达,兼可引药上行鼻窍。《本草纲目》言其“疗喉痹,脑痛,鼻嚏……通诸窍,散郁火”。

3.3 发作后期 伏饮郁久生热,热盛动血,血行不畅,内生瘀血,与痰湿搏结咽喉,出现寐时打鼾、憋气、

张口呼吸,腺样体肥大之征象明显。病机转为痰瘀互结、壅滞鼻咽,宜加入海藻、昆布、玄参等软坚散结、滋阴清热之品,以消痰化瘀、散结通络。

整个病程中,伏邪贯穿始终,故治疗上应兼顾引邪外透,常选用苍耳子、白芷等引经药,以导痰、瘀、湿诸邪外达。

在儿科临床中,腺样体肥大患儿早期症状常较为隐匿且缺乏特异性,易与普通上呼吸道感染相混淆,多被家长忽视或误判。待出现持续鼻塞、张口呼吸、睡眠打鼾甚至憋气、中耳炎、腺样体面容等典型表现时,方引起家长重视,然而此时患儿多已进入疾病加重期。因此,治疗上需清窍开闭与化痰散结并重,逐步强化软坚散结之效,并将引伏邪外达贯穿于治疗全程。

4 验案举隅

洪某某,女,5岁3个月,2022年4月9日初诊。主诉:鼻塞伴寐时打鼾2年余,加剧伴耳鸣3个月。现病史:2年前无明显诱因出现寐时打鼾明显,常伴鼻塞、流涕、喷嚏、张口呼吸,无呼吸暂停、喘憋、抽搐、头痛等。1年前行电子鼻咽镜检查示“变应性鼻炎、腺样体肥大3度(腺样体约占60%,堵塞咽隐窝)”,未系统治疗。3个月前打鼾加重,伴耳鸣,听力检查未见明显异常。既往史:湿疹病史,无药物、食物过敏史。个人史:G2P2,39⁺周顺产,出生体重2.9 kg,混合喂养,发育正常,按时预防接种。家族史:父亲、胞兄有鼻炎史。刻诊:寐时打鼾,张口呼吸,呼吸声粗,鼻塞、流脓涕,偶干咳,耳鸣如蝉,纳寐尚可,二便调。查体:咽红,左扁桃体Ⅰ度肿大,右扁桃体Ⅱ度肿大(鹅卵石样改变,表面少许白稀分泌物),余查体未见明显异常。舌红,苔白,脉数。中医诊断:①鼾嚏,②痰核,辨为风饮伏肺,饮与热结,伏邪入络证。治法:疏风宣肺为主,佐以清热通络。处方:蜜麻黄5 g,苦杏仁5 g,川芎4.5 g,丝瓜络10 g,苍耳子5 g,广藿香5 g,蒲公英15 g,浙贝母9 g,射干6 g,白芷6 g,辛夷9 g,地龙15 g,旋覆花4.5 g。7剂,水煎,浓煎取100 mL,分2次温服,日1剂。外治:醒鼻凝胶滴鼻剂滴鼻,每日2次。

2022年4月16日二诊:药后诸症均减,打鼾时作,偶有鼻塞、流涕,无咳嗽、耳鸣,纳寐可,二便调。舌红,苔白,脉缓。治疗上继以疏风宣肺,并加强通窍化饮。予上方去旋覆花、射干,加僵蚕6 g,陈皮4.5 g,

法半夏4.5 g。7剂,煎、服法同前。继用醒鼻凝胶滴鼻剂,每日2次。

2022年4月23日三诊:药后打鼾偶作,无鼻塞、流涕,纳寐可,二便调。舌淡红,苔薄白,脉缓。巩固前效,兼以散结化瘀。予上方加玄参12 g,昆布5 g。7剂,煎、服法同前。继用醒鼻凝胶滴鼻剂,每日2次。

2022年5月22日复查纤维喉镜检查提示:患儿鼻黏膜呈苍白状态,伴黏涕附着,双侧中鼻道未见明显引流及新生物,符合变应性鼻炎表现;腺样体肥大已从初诊时的3度(约占后鼻孔60%)缩小至2度(约占后鼻孔30%,仍堵塞咽隐窝)。由此可看出,患儿治疗后的鼻腔黏膜苍白、腺样体肥大程度较前均有明显改善。

按 本案患儿初诊时鼻鼾、鼻塞日久,邪气已盛,引动伏饮,饮邪化热,除鼻塞、寐时打鼾、流脓涕等鼻部症状外,尚伴耳鸣。故治法上既需疏风解表、引邪外达,又需兼顾清窍。故处方上选用蜜麻黄、川芎、辛夷、苍耳子、白芷等;因饮邪化热、流脓涕,故投以蒲公英、射干、丝瓜络、地龙清热解毒。二诊去降气之品,加入僵蚕、半夏、陈皮,意在加强化痰通络、祛除伏饮。三诊增入玄参、昆布,二药皆归胃、肾经,功擅软坚散结,以消腺样体肿大。纵观全案,从初诊至三诊,用药始终紧扣“伏邪入络”之病机,逐步增强祛邪透表、软坚散结之力,使伏邪渐次外解,痰瘀之结得以软化消散。此外,治疗过程中还配合醒鼻凝胶滴鼻剂滴鼻,如此内外合治,共奏其效。

5 总结

本研究立足中医伏邪理论,系统探讨了AR合并AH的病因病机、证候特点及治疗策略,构建了较为完整的理论辨治体系。AR与AH作为儿科常见且易反复的共患病,其发病具有隐匿性、迁延性和症状交织性等特点,与传统伏邪“暗藏内蕴、遇感而发”的致病特征高度契合。AR的基本病机为“禀赋异常,内有饮伏,外邪引动”,若未及时干预,邪气进一步入里化热,结于咽喉,则发展为AH,形成“饮热互结,伏邪入络,痰瘀阻滞”的复杂病机格局。这一认识不仅揭示了二者在病机上的连续性与动态演变规律,也突出了伏邪理论在阐释此类慢性、反复发作性疾病中的独特价值。

从理论建构层面而言,本研究尝试将传统伏邪学说与小儿“脏腑娇嫩、形气未充”“发病容易、传变迅

速”的生理病理特点相结合,深化了对AR合并AH“邪伏—邪郁—邪结”病理过程的认识。肺、脾、肾三脏功能失调是伏邪内生的内在基础,风邪为常见诱因,而小儿“纯阳之体”的体质特性则决定了邪气易从热化、入络成瘀的转归趋势。这一病机阐释,为“分期论治”提供了理论依据,即发作期以祛邪透表为主,缓解期则侧重扶正通络,充分体现了中医“既病防变”的防治思想。

在治法方药方面,本研究强调以“清热开窍、引邪外达”为核心的治疗法则。疏风醒鼻方内服结合醒鼻凝胶滴鼻剂外用的综合方案,体现了内外同治、标本兼顾的治疗思路。方药配伍紧扣病机关键,立法以疏风宣肺为基础,化解伏饮为主轴,清热通络为关键,软坚散结为靶点,并善用引经药导邪外出。在具体应用中,强调分期论治:发作初期重在宣肺疏风、解表化痰;发作中期兼以清热透窍、化痰浊;发作后期则侧重软坚散结、滋阴清热,并将引邪外透之法贯穿治疗始终。

此外,本研究亦进一步丰富与发展了伏邪理论在儿科疾病中的应用。不仅将传统“伏邪”概念与儿童特异性疾病相联系,还结合现代免疫学视角,阐释了“伏邪”与免疫失衡、过敏体质之间的内在关联,为中医药治疗变应性疾病提供了新的思路。文中所述“伏邪内生”“邪郁化热”“痰瘀互结”等病机环节,与现代医学所认识的炎症反复刺激、淋巴组织增生、局部微循环障碍等病理变化具有一定的可比性与互补性,显示了伏邪理论在现代疾病解释中的生命力。

综上所述,以伏邪理论为指导辨析儿童AR合并AH,不仅有助于把握其复杂的病因病机,也为制定系统、动态的治疗策略提供了理论支持。未来研究可进一步围绕伏邪的现代科学内涵、不同证型与伏邪特性的关联性,以及伏邪理论指导下的疗效评价体系构建

等方面展开深入探索,以丰富和发展中医儿科理论体系,提升临床诊疗水平。

参考文献

- [1] 陈文欣,陶静,沈佳华,等.浙江省丽水市学龄儿童变应性鼻炎流行病学特征及影响因素分析[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2024,24(5):400-406.
- [2] 姜之炎,虞坚尔,薛征,等.海派中医特色优势病种儿童腺样体肥大中医临床诊疗专家共识[J].上海中医药杂志,2024,58(S1):30-35.
- [3] 陆颖霞,谷庆隆.儿童腺样体肥大与过敏性鼻炎[J].中国实用儿科杂志,2025,40(2):111-113.
- [4] 赵迪,王萌,曹志伟.腺样体肥大与变应性鼻炎的相关性研究进展[J].中国医科大学学报,2022,51(6):543-547.
- [5] 姚鹏宇,程广清.叶天士《临证指南医案》伏邪理论探析[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(2):225-227,87.
- [6] 刘弘玉.基于伏邪理论从脾肾论治痛风及其用药规律分析[D].南宁:广西中医药大学,2025.
- [7] 张文娟,韩凌,危建安.从免疫性炎症疾病复发特征试论中医伏邪的生物学基础[J].中国中西医结合杂志,2023,43(2):236-240.
- [8] 王明晶,肖臻,姜之炎.从脏腑论治儿童腺样体肥大[J].陕西中医药大学学报,2023,46(6):18-23.
- [9] 乔淑楠,张娅,李新阳,等.基于“痰瘀虚”理论探讨小儿腺样体肥大[J].中医临床研究,2021,13(26):112-115.
- [10] 王佳芳,董幼祺.董幼祺教授治疗小儿腺样体肥大经验[J].中医儿科杂志,2020,16(4):46-49.
- [11] 胡营杰,任现志,孙凤平.基于“消法”探析任现志教授论治小儿腺样体肥大经验[J].中国中西医结合儿科学,2023,15(3):246-249.
- [12] 颜水平,邱彩霞,艾斯,等.疏风醒鼻法对风邪犯肺型变应性鼻炎儿童Th1/Th2免疫平衡的影响[J].福建中医药,2023,54(5):8-10.
- [13] 刘文,林丰兰,王菊霞,等.含徐长卿的中药复方治疗变应性鼻炎临床研究进展[J].西部中医药,2020,33(9):160-162.
- [14] 邱彩霞,艾斯,颜水平,等.醒鼻凝胶滴鼻剂干预儿童变应性鼻炎IL-19的临床研究[J].福建中医药,2021,52(11):21-23.

(收稿日期:2025-05-22)

(本文编辑:金冠羽)

悦读《中医药通报》

感受中医药文化

欢迎订阅(邮发代号:34-95)