·临床经验·

扁桃体灼烙法结合消瘰丸合苍耳子散治疗儿童鼾眠的疗效观察

李妙媛[1,2] 潘立晋[1] 郑 勇[1] 汪玉洁[1] 郭钦源[1]

儿童鼾眠是儿童常见病，流行病学调查显示，本病在儿童中发病率较高，患病率为 1.2%~5.7%[1]；南宁市学龄儿童间歇性打鼾者占 91%，频繁打鼾者占 8.51%，睡眠呼吸障碍者占 3.97%[2]。睡眠呼吸暂停低通气（sleep apnea hyponea syndrome，SAHS）可导致身体多个系统器官的损害，包括神经认知功能、心血管、代谢、内分泌等系统，尤其是对认知功能的损害较为常见[3]，已逐渐引起人们的关注与重视。儿童单纯打鼾作为其早期表现，临床上多见于扁桃体、腺样体肥大所致[4]，由于腺样体位置隐蔽，目前尚无公认的保守治疗方法，多数推荐手术切除治疗。手术有风险，且扁桃体、腺样体作为儿童上呼吸道免疫的第一道防线，对手术切除方法应谨慎，本研究采取扁桃体灼烙法结合中药治疗，其临床疗效较满意，现报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 参考《中医耳鼻咽喉科学》[5]：（1）睡眠打鼾，伴张口呼吸，躁动多梦，严重时可出现多次短暂的呼吸暂停，白天则可出现嗜睡、头胀、倦怠、记忆力衰退、注意力不集中、儿童生长发育迟缓等症状；（2）有喉核、腺样体肥大或鼻窒、鼻渊、鼻鼽等病史；（3）鼻腔、鼻咽、口咽、喉咽等部位可发现一处或多处组织器官肥大、结构异常或咽壁肌肉松弛、塌陷，阻塞气道，如鼻甲肥大、鼻息肉、鼻中隔偏曲、腺样体和喉核肥大、软腭肥厚下垂或吸气时塌陷、舌根后坠等。

扁桃体分度 Ⅱ度以上，扁桃体超出咽腭弓[6]。

腺样体肥大诊断标准 按照邹明舜的方法测量及诊断腺样体大小[7]。（1）腺样体摄片方法：摄鼻咽侧位片。投照体位：下颌微抬，中心线对准外耳孔前下方 2 cm，焦片距 1.5 m，吸气相摄片；（2）腺样体测量方法：用邹明舜的方法测量腺样体 / 咽腔比值（A/N 比值）；（3）腺样体分度标准：A/N>0.70，为病理性肥大。

中医辨证分型 参照文献 [5]：（1）痰瘀互结：睡眠打鼾，张口呼吸，甚或呼吸暂停。形体肥胖，痰多胸闷，恶心纳呆，头重身困，唇暗。舌淡暗或有瘀点，苔腻，脉弦滑或涩；（2）肺脾气虚：睡眠打鼾，甚或呼吸暂停。形体肥胖，肌肉松弛，行动迟缓，神疲乏力，记忆力衰退，瞌睡时作，小儿可见发育不良，注意力不集中。舌淡胖有齿印，脉细弱。

2 纳入标准 （1）符合鼾眠的诊断标准及痰瘀互结、肺脾气虚证型；（2）符合扁桃体Ⅱ度肿大及腺样体病理性肥大；（3）年龄 4~14 岁；（4）同意参加本课题研究，家长已签署知情同意书。

3 排除标准 （1）重度营养不良或伴有其他心血管、肝、肾和造血系统等严重疾病者或精神病患者；（2）对本处方药物过敏者；（3）伴随急性感染者。

4 脱落标准 所有填写了知情同意书并符合纳入标准的受试者，除外已达临床痊愈者，未完成方案所规定的观察周期，包括患者自行退出或因病情变化医生中止而改用其他治疗方法的病例，均为脱落病例。

5 一般资料 根据优劣性试验样本量估算公式[8]：$n=(U_{\alpha}+U_{\beta})^2 2P(1-P)/(P_1-P_0)^2$，以观察组组预计疗效 90%，单项治疗疗效对照为 60%[9] 估算，每组需要 35 例，以脱失 10% 估算，每组 39 例。选取 2015 年 5 月—2019 年 6 月广西柳州市妇幼保健院门诊患儿，筛查 120 例，符合诊断标准的鼾眠 115 例，按简单随机化分组，中药加灼烙组入组 40 例，脱落 2 例；灼烙组入组 35 例，脱落 0 例；西药组入组 40 例，脱落 3 例。中药加灼烙组男性 18 例，女性 20 例，年龄 4.1~9.1 岁，

基金项目：广西卫计委自筹经费科研课题（No. Z20170538）

作者单位：1. 广西柳州市妇幼保健院中医科，广西科技大学附属妇产医院，儿童医院中医科（广西 545000）；2. 南京中医药大学第一临床医学院（南京 210000）

通讯作者：郭钦源，Tel：0772-2835526，E-mail：648055463@qq.com

DOI：10.7661/j.cjim.20220126. 033

平均（6.17 ± 1.15）岁，病程 3~15 个月，平均（6.61 ± 1.98）个月；灼烙组男性 16 例，女性 19 例，年龄 4.2~9.2 岁，平均（6.65 ± 1.44）岁；病程 3~16 个月，平均（6.45 ± 2.06）个月；西药组男性 17 例，女性 20 例，年龄 4.16~9.10 岁，平均（6.36 ± 1.34）岁；病程 3 ~12 个月，平均（6.12 ± 1.83）个月。3 组患者性别、年龄及病程资料比较，差异均无统计学意义（P>0.05）。本研究通过柳州市妇幼保健院伦理委员会审议（No.017221007）。

6　治疗方法　中药加灼烙组：扁桃体灼烙治疗操作方法：用 1% 的卡因注射液作咽部黏膜麻醉，采用 TCA-1 型扁桃体灼烙器（泸州南城机械铸造厂生产）Ⅲ号烙铁械具进行治疗。在酒精灯上加热 90 ℃左右，即刻蘸碘甘油使其涂满烙铁头，所涂碘甘油以不下滴为度，医师左手用压舌板将患者舌体压平，充分暴露出扁桃体，右手握住灼烙器的柄，将加热后的灼烙器迅速伸入口腔，灼烙器头部轻触患儿扁桃体并向腭咽窝内重压，触及的时间常规为 0.5 s，随即将灼烙器退出口腔，反复每个扁桃体 3 次，可见扁桃体上白色假膜，5~7 日灼烙 1 次，共 10~15 次。中药口服：消瘰丸合苍耳子散［玄参 10 g　浙贝母 10 g　生牡蛎（先煎）10 g　辛夷（包煎）5 g　苍耳子 5 g　白芷 5 g　甘草 5 g］为基础方。痰瘀互结型加用桃仁 5 g、红花 5 g、当归 5 g、川芎 3 g 等；肺脾气虚型加用党参 15 g、黄芪 15 g、白术 10 g 等。每日 1 付，水煎分服，连服 3 个月。

灼烙组：扁桃体灼烙治疗，5~7 日灼烙 1 次，共 10~15 次。

西药组：采用孟鲁司特片（5 mg / 片，生产企业：鲁南贝特制药有限公司，批号：46171205、46180208）4~6 岁给予每次 4 mg，每晚 1 次，>6 岁每次 5 mg，每晚 1 次，丙酸氟替卡松鼻喷雾剂（50 μg × 120 喷，生产企业：Glaxo Wellcome，S.A，批号：5D4F、4P3U）每次每个鼻孔 1 喷，每晚 1 次。联合治疗，疗程为 3 个月。

7　观察指标及检测方法

7.1　腺样体（A/N）比值　参照文献［7］：A/N> 0.7 为 1 分，A/N>0.9 为 2 分，比较每组患者治疗前后的 A/N 比值。

7.2　扁桃体肿大　参考文献［10］：>Ⅱ度为 1 分，>Ⅲ度为 2 分，评价中药加灼烙组治疗前后症状积分。

7.3　临床症状　睡眠打鼾声量、张口呼吸、躁动多梦、睡眠中呼吸暂停次数、倦怠乏力、嗜睡、记忆衰退、注意力不集中、儿童生长发育迟缓等症状，不发生为 0 分，极少发生（轻度）为 1 分，偶尔发生（中度）为 2 分，频繁发生（重度）为 3 分［10］。评价中药加灼烙组治疗前后症状积分。

8　疗效判断标准　证候疗效判定标准依据《中药新药临床研究指导原则》［11］（2002 年）执行：临床痊愈：症状、体征消失或基本消失，证候积分减少≥ 95%；显效：症状、体征明显改善，70% ≤证候积分减少 <95%；有效：症状、体征均有好转，30% ≤证候积分减少 <70%；无效：症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少 <30%。

9　安全性指标　观察患儿有无精神神经紊乱症状如兴奋、焦虑或眩晕、嗜睡等，皮疹等全身过敏反应，局部烫伤，肝、肾损害等，记录与治疗用药有关的不良事件。

10　统计学方法　数据库的录入及统计分析均在 SPSS 22.0 软件包，计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示，治疗前后 A/N 值采用 t 检验，证候积分治疗前后对比不符合正态分布使用非参数检验；定性资料的临床疗效使用 χ^2 检验，不服从正态分布的使用非参数检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

结　果

1　病例完成情况（图 1）　共筛查 120 例，纳入 115 例，其中中药加灼烙组入组 40 例、中断治疗脱落 2 例；灼烙组入组 35 例，脱落 0 例；西药组入组 40 例，中断治疗脱落 3 例。

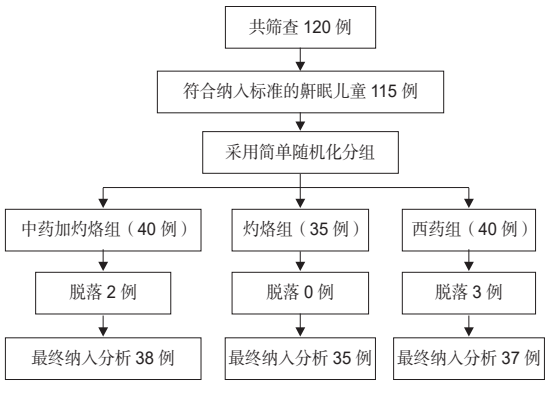

图 1　病例流程图

2　各组患儿治疗前后 A/N 值比较（表 1）　治疗前 3 组 A/N 值比较，差异无统计学意义（P>0.05）。与本组治疗前比较，治疗后各组患儿腺样体均缩小（P<0.05）；3 组间比较，差异无统计学意义（P>0.05）。

3　中药加灼烙组治疗前后症状积分比较（表 2）　中药加灼烙组治疗后腺样体、扁桃体大小、睡眠打鼾声量、张口呼吸程度、躁动多梦、睡眠中呼吸暂停、

表 1 各组患儿治疗前后 A/N 值比较 （$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	A/N 值	
		治疗前	治疗后
中药加灼烙	38	0.797 ± 0.53	0.708 ± 0.11*
灼烙	35	0.783 ± 0.37	0.740 ± 0.47*
西药	37	0.798 ± 0.59	0.731 ± 0.57*

注：与本组治疗前比较，*P<0.05

表 2 中药加灼烙组治疗前后症状积分比较 （分，$\bar{x} \pm s$）

项目	治疗前积分	治疗后积分	Z	P
腺样体	1.290 ± 0.460	0.658 ± 0.708	-3.874	0.000
扁桃体	1.658 ± 0.481	0.869 ± 0.875	-4.817	0.000
打鼾声量	2.342 ± 2.342	0.868 ± 1.095	-5.135	0.000
张口呼吸	2.421 ± 0.642	0.868 ± 1.095	-5.169	0.000
躁动多梦	1.474 ± 0.506	0.553 ± 0.828	-5.014	0.000
呼吸暂停	0.974 ± 0.636	0.553 ± 0.828	-3.140	0.002
嗜睡、倦怠	0.526 ± 0.725	0.158 ± 0.495	-3.071	0.002
记忆衰退、注意力不集中	0.474 ± 0.687	0.158 ± 0.495	-2.972	0.003
生长发育迟缓	0.474 ± 0.687	0.105 ± 0.453	-3.276	0.001

倦怠嗜睡、记忆衰退、注意力不集中、生长发育迟缓积分与治疗前比较，积分均降低（P<0.05）。

4 各组患儿临床疗效比较（表 3） 3 组疗效比较，差异有统计学意义（χ^2=10.98，P=0.004），中药加灼烙组有效率高于灼烙组和西药组（Z 分别为 -2.93、2.72，P 分别为 0.003、0.006），灼烙组与西药组有效率比较，差异无统计学意义（Z=-0.399，P=0.69）。

表 3 各组患儿临床疗效比较

组别	例数	痊愈（例）	显效（例）	有效（例）	无效（例）	有效率（%）
中药加灼烙	38	16	9	8	5	86.8*△
灼烙	35	3	9	16	7	80.0
西药	37	3	13	13	8	78.1

注：与西药组比较，*P<0.05；与灼烙组比较，△P<0.05

5 安全性指标 监测生命体征，肝、肾功能无明显异常变化，临床未见不良反应。

讨 论

儿童阻塞性睡眠呼吸暂停作为儿童睡眠呼吸障碍疾病中危害最为严重的一种，因其居高不下的发病率和严重的远期并发症，越来越受到家长和社会的重视[4]。鼾眠的治疗方式较多，手术方法直接有效，但由于现在对扁桃体、腺样体等免疫组织的重视及对手术的谨慎，其不作为首选治疗方法。小儿鼾眠之难治，原其病因复杂，多种疾病均可引发，因此临床治疗不一，不能单纯依靠手术解决，应审征求因，采取综合方法治疗，既解决打鼾，又不损伤小儿的正常生理功能，才是最佳的治疗方法[12]。中医中药在本病的治疗中尚未广泛开展，中医治疗在减少鼾眠病急性发作，减轻合并症状，改善患儿体质，预防复发等方面有其独到的优势[13]。对于儿童鼾眠伴扁桃体、腺样体肥大者，其直接病机为痰瘀互结、阻塞清窍。李凡成教授一般以益气健脾、化痰散结为主要治则，临床以六君消瘰汤为基本方[14]，加以辨证论治，取得了较好的临床效果。本次研究中药方主要是以消瘰丸合苍耳子散加减，消瘰丸出自《医学心悟》[15]，主要药物是玄参、牡蛎、贝母，具有清热滋阴、化痰散结作用；苍耳子散出自《济生方》[16]，主要药物有苍耳子、辛夷、白芷，具有通利鼻窍的作用 。针对儿童鼾眠痰瘀互结、阻塞清窍的主要病机，两方合用可以通利鼻窍、软坚散结，达到治疗鼾眠的作用。

扁桃体灼烙法，是中医传统的疗法，是国家中医药管理局中医适宜诊疗技术，主要用于治疗慢性扁桃体炎。有研究证实灼烙刺激扁桃体，可以保留其自身的免疫功能[17]。腺样体与扁桃体同属咽淋巴环，皆为免疫组织，刺激扁桃体可以激发咽淋巴环整体的免疫防御能力，从而改善并减轻相关的炎症反应，减少增生。本研究临床中发现扁桃体灼烙法不仅能减少慢性扁桃体炎急性发作的次数，缩小扁桃体，还能缩小腺样体。由于腺样体位置隐蔽难以直接刺激治疗，可以通过扁桃灼烙来间接治疗改善。

西药方面，目前临床尚无治疗腺样体肥大的特效方法，鼻用激素是其中的一种常用药，可以缓解患儿病情，通过对鼻腔及鼻咽黏膜直接作用，抑制腺样体的淋巴细胞组织活性，缓解局部炎症反应程度，并且对周围菌群产生调节作用，从而促使腺样体缩小。联合孟鲁司特钠口服，发挥白三烯受体拮抗作用，可以改善黏膜水肿程度，缓解鼻塞症状，进一步增强疗效，促进呼吸功能恢复，降低 A/N 比值[18]。

儿童鼾眠多有扁桃体肿大、腺样体肿大，且多伴随鼻炎、鼻窦炎等病症，这与咽淋巴环的整体功能互相影响有关。因此，不能单纯解决扁桃体或腺样体问题，需要整体调整，在治疗腺样体扁桃体的同时要把相关的鼻炎、鼻窦炎等诱发因素一起解决，重建咽淋巴环的良性循环。本研究根据儿童鼾眠的主要病因病机，将中药与扁桃体灼烙结合起来，内外合治，整体治疗与局部治疗相结合，可以提高中医治疗鼾眠的临床疗效。中医及早介入对鼾眠的治疗，可以减少手术，减轻患儿及家属的身心负担。本研究侧重对症状体征的临床观察，缺乏对免疫指标及炎症指标观察，且临

床病例数偏少，值得进一步扩大样本量及丰富观察指标，进一步探索其具体作用机制。

综上所述，扁桃体灼烙法结合中药可改善儿童鼾眠，可以缩小腺样体、减轻鼾眠相关的临床症状。

利益冲突：无。

参 考 文 献

［1］ 田京红，赵靖，王桂香，等 . 4~6 岁儿童睡眠打鼾与智力水平相关性的临床研究 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉头颈外科杂志，2018，25（7）：380–383.

［2］ 谢庆玲，甄宏，谭颖 . 南宁市 3~14 岁儿童睡眠打鼾及相关情况调查 [J]. 实用儿科临床杂志，2008，23（16）：1239–1241.

［3］ 耿雅轩 . 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征认知功能损害的研究进展 [J]. 国际儿科学杂志，2021，48（4）：249–252.

［4］ 中国儿童 OSA 诊断与治疗指南制订工作组，中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会小儿学组，中华医学会儿科学分会呼吸学组等 . 中国儿童阻塞性睡眠呼吸暂停诊断与治疗指南（2020）[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志，2020，55（8）：729–747

［5］ 刘蓬编著 . 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 北京：中国中医药出版社，2016：142.

［6］ 万学红，卢雪峰主编 . 诊断学 [M]. 第 8 版 . 北京：人民卫生出版社，2013：113.

［7］ 韩东主编 . 高级卫生专业技术资格考试指导用书编辑委员会中华医学会组织编著 . 耳鼻咽喉头颈外科学高级教程 [M]. 北京：人民军医出版社，2014：168.

［8］ 刘建平 . 临床试验样本含量的计算 [J]. 中国中西医结合杂志，2003，23（7）：536–538.

［9］ 苏剑锋 . 综合外治法干预儿童鼾眠的临床疗效评价 [D]. 济南：山东中医药大学，2013.

［10］ 杨金梁 . 儿童鼾症中医药干预的临床研究 [D]. 济南：山东中医药大学，2016.

［11］ 郑筱萸编著 . 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，2002：330.

［12］ 王殿一，张良，周凌 . 周凌教授辨治小儿鼾症的综合体会 [J]. 黑龙江中医药，2015，44（3）：37–38.

［13］ 刘铮，阮岩 . 阮岩治疗小儿鼾眠病经验 [J]. 广州中医药大学学报，2019，36（6）：902–905.

［14］ 多鹏，李凡成 . 六君消瘰汤治疗小儿腺样体肥大的临床观察 [J]. 中国中西医结合杂志，2016，36（5）：635–637.

［15］ 清 · 程国彭 . 医学心悟 [M]. 北京：人民卫生出版社，1963：176.

［16］ 严用和主编 . 济生方 [M]. 上海：上海人民出版社，2005：100.

［17］ 李媛，孙海波，石磊，等 . 中医烙法对慢性扁桃体炎患儿免疫球蛋白影响的临床研究 [J]. 中国医学文摘（耳鼻咽喉科学），2017，32（5）：246–248.

［18］ 陈谊辉，杨爱叶，陈鹏，等 . 鼻用激素与孟鲁司特钠联合对腺样体肥大患儿睡眠质量及临床疗效的影响 [J/OL]. 中国儿童保健杂志，1–4[2021–11–28].

（收稿：2020–02–24　在线：2022–04–22）

责任编辑：白　霞

Chinese Journal of Integrative Medicine（《中国结合医学杂志》）

2021 年 SCI 影响因子为 2. 626

2022 年 6 月 28 日，科睿唯安发布 2021 年 SCI 影响因子，*Chinese Journal of Integrative Medicine*（CJIM，《中国结合医学杂志》）影响因子为 2.626。

Chinese Journal of Integrative Medicine 创办于 1995 年，2007 年被 SCI 收录。杂志由中国中医科学院和中国中西医结合学会主办，国家中医药管理局主管，主编为陈可冀院士。杂志被 SCI 收录以来，影响因子逐步提高，先后入选获评中国科技期刊卓越行动计划、最具国际影响力学术期刊。

期刊以创办国际化期刊为目标，不断促进结合医学发展为己任，欢迎广大作者赐稿。在今后的工作中，我们将力争为广大读者、作者提供好服务！