

从“鼻玄府”郁闭论治小儿腺样体肥大

易 广¹, 常 克²

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院, 四川 成都

收稿日期: 2026年3月3日; 录用日期: 2026年4月2日; 发布日期: 2026年4月15日

摘 要

探讨并总结以“鼻玄府”理论核心论治小儿腺样体肥大(Adenoidal Hypertrophy, AH)的学术思想与临证经验。系统梳理“玄府”及“鼻玄府”的中医内涵以及结合小儿生理病理特点, 阐释AH与鼻玄府开阖失司的内在关联, 提出以通窍启玄法为主要治则贯穿治疗始终, 以期为小儿AH的中医诊疗提供新思路与实践路径。

关键词

腺样体肥大, 鼻玄府, 通窍启玄法

Treatment of Paediatric Adenoidal Hypertrophy Based on the Theory of Nasal Xuanfu

Guang Yi¹, Ke Chang²

¹Clinical Medical College of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: March 3, 2026; accepted: April 2, 2026; published: April 15, 2026

Abstract

This study explores and summarises the academic principles and clinical experience of treating paediatric adenoidal hypertrophy (AH) centred on the theory of nasal cavity obstruction. This study systematically reviews the traditional Chinese medical concepts of “Xuanfu” and “Nasal Xuanfu,” integrating paediatric physiological and pathological characteristics to elucidate the intrinsic connection between AH and dysfunction in the opening and closing of the Nasal Xuanfu. It proposes the

文章引用: 易广, 常克. 从“鼻玄府”郁闭论治小儿腺样体肥大[J]. 中医学, 2026, 15(4): 410-417.

DOI: 10.12677/tcm.2026.154225

“Tongqiao Qixuan Method” as the primary therapeutic principle throughout treatment, aiming to provide new insights and practical pathways for the diagnosis and treatment of paediatric AH using traditional Chinese medicine.

Keywords

Adenoidal Hypertrophy, Nasal Xuanfu, Tongqiao Qixuan Method

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

腺样体是位于鼻咽顶壁与后壁交界处的淋巴组织，通常在儿童 6~7 岁时体积达到最大，随后逐渐萎缩，至成年期基本消失[1]。小儿腺样体肥大是指该组织因反复炎症刺激而发生病理性增生，从而引发一系列症状。其临床表现主要包括鼻塞、流涕、睡眠打鼾、张口呼吸，以及因咽鼓管受累引起的耳闷、听力下降等局部症状，常诱发分泌性中耳炎、鼻窦炎等。若病情持续，则可发展为全身性影响，表现为睡眠呼吸暂停、夜间缺氧，长期缺氧引起患儿出现“腺样体面容”、注意力不集中、生长发育迟缓、情绪行为改变等问题，对患儿的整体健康与生活质量造成深远影响。

现代医学常使用鼻腔冲洗、鼻用糖皮质激素或白三烯受体拮抗剂等保守治疗方法治疗轻度 AH 患儿，对于中重度 AH 患儿多采用手术治疗，但存在不良反应较多、病情易反复、家长依从性较差等问题[2]。中医药治疗具有快速缓解临床症状的疗效，还具备整体调节、副作用小、低复发率等优势，在 AH 的非手术治疗中展现出独特价值[3]。

AH 在祖国医学中虽无确切记载，但从临床症状上看，其多归属于“鼻塞”“痰核”“鼾眠”“窠囊”“顽颡不开”等范畴，多属于本虚标实之证，病机多从肺、脾、肾三脏虚损立论，责之于痰、热、瘀互结[4]。然而，此论述略显宏观，未能精准锚定腺样体所在的具体解剖位置 - 鼻咽部(顽颡)。

金元医家刘完素提出的“玄府”理论，恰为此提供了微观视角。“玄府”乃“气液宣通之门户”，遍布周身。据此，我们认为位于顽颡区域的“鼻玄府”，正是腺样体所在之微观孔窍网络，AH 的本质，即为“鼻玄府”因内外合邪而致开阖失司、郁闭不通；结合临床实践，主张使用“风药”、“虫类药”通窍启玄为主要治疗方法，贯穿治疗始终，可明显改善患儿鼻塞、流涕、打鼾、张口呼吸等症状；故基于此，本文试从“鼻玄府”这一独特思路论治小儿腺样体肥大探讨如下。

2. 玄府理论的源流与发展

玄府学说是中医学中一个从具体解剖概念逐步演化为系统性微观病机理论的重要学说，最早追溯于黄帝内经时期，如《素问·水热穴论》曰：“所谓玄府者，汗孔也”[5]。此处的“玄”有幽微、隐秘之意，“府”为门户、聚集之所。故“玄府”在这一时期是指人体皮肤表层排泄汗液的细微孔窍，是一个直观的解剖概念。《素问·调经论》：“上焦不通利，则皮肤致密，腠理闭塞，玄府不通，卫气不得泄越，故外热”。王冰注：“气门，谓玄府也”。亦将玄府与气血运行相联系，揭示了其具有通行卫气之作用，若功能障碍可导致发生热病。

金元医家刘完素对“玄府”内涵进行演化延伸，其代表作《素问玄机原病式》提出：“玄府者，无物不有，人之脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨髓、爪牙，至于世之万物，尽皆有之，乃气出入升降之道路门户

也”[6]。可见,刘氏认为玄府不仅仅限于皮肤汗孔的这一局限的解剖概念,而将其上升提炼成一种普适性的微观结构假说,认为它是构成一切有形组织的基础性孔隙网络。因此,玄府是“精神荣卫,气血津液出入流行之纹理”,即人体气、血、津、液、神等人体精微物质进行新陈代谢所依赖的微观通道;玄府开阖有度,宣散有常,精气血津液等精微物质才可正常输布,全身脏腑组织才可得到濡养从而正常发挥其生理功能。刘氏提出“玄府闭塞”为百病之根,认为无论外感六淫、内伤七情、饮食劳倦,其病理转归均可导致玄府郁闭。一旦玄府闭塞,则会引起气失宣通,津液不布,郁而化热,神机不遂,从而产生诸如郁热、燥结、水肿、昏厥、痿痹等错综复杂的临床表现。这为解释许多具有“郁、闭、滞、涩”特点的复杂病证提供了统一的内在病机解释。

3. 现代玄府理论的延伸

现代医家王明杰、黄淑芬[7]等总结了历代医家对玄府的认识,将玄府的基本特征归纳为三个方面:其一,玄府在人体内外广泛分布,甚至可扩展至各类生物,体现出存在的普遍性;其二,其形态结构极为细微,属于微观层次的孔隙,故有“玄微府”之称;其三,在功能上,玄府以保持通畅为顺,以闭塞郁阻为逆,即以“开”为贵,以“合”为忌。在临床上,将其运用于治疗眼科疾患,提出“玄府通微循环”说,强调使用风药等开通玄府药物可调节眼部微循环。张勤修、熊大经[8]等医家在前人及现代研究基础上,提出“鼻玄府”说,认为鼻、眼、耳等五官广泛分布玄府组织,玄府正常开阖,气液得以宣通、气机升降出入有序,鼻之呼吸、嗅觉等生理功能才能正常维持;在结合现代医学研究基础上,认为玄府与细胞膜的分子结构、各类离子通道以及微循环内涵相同,是鼻腔组织细胞与外部环境之间物质交流的重要途径,提出“畅窦窍、开玄府、去双毒、扶正气”为原则治疗慢性鼻窦炎。

此外,愈来愈多的医家,将玄府学说运用于治疗脑病、心脏病、骨病、肾病、皮肤病、代谢性疾病等,提出了诸如脑玄府、心玄府、骨玄府等概念,并结合现代医学微观实质研究,将玄府与各器官组织实质结构与功能进行有机结合,丰富其理论内涵,同时将其用于诸多疑难杂病的治疗,取得了良好的疗效[9]。因此,基于“鼻玄府”论治小儿AH不失为一种临床治疗新思路,值得探讨。

4. AH与“鼻玄府”郁闭的病机联系

临床传统观点认为AH其病机复杂,多属于本虚标实之证,本为肺脾气虚或肺肾阴虚,标为热、痰、瘀之邪搏结,治疗上主张分期论治,急性期以消肿为主,缓解期以补益为主,可配合针刺、推拿、耳针等外治法治疗[3]。从生理特点而言,小儿脏腑娇嫩,形气未充,尤其以肺、脾、肾三脏不足,《小儿药证直诀》云:“五脏六腑,成而未全,全而未壮”[10]。颞颥归属于肺系,其生理功能与肺之宣发肃降、通调水道密切相关;肺气充沛,则宣发津气于肌表,鼻玄府开阖有度。正因小儿常肺气亏虚,门户失固,腠理疏松,易为外界风、寒、热等邪气侵犯,邪气一旦入中,最易循太阴肺经上犯清窍,首犯鼻玄府,导致其开阖失常,若治疗不当,极易伏邪于此,为AH发生埋下伏笔。脾乃后天之本,主生化气血与运化水湿,加之小儿“脾常不足”,脾胃功能尚未发育完全,若喂养不当或病后失调,易致湿浊内生;小儿肾常虚,肾气不足,无力制水,亦多变生湿浊。湿浊凝聚则为痰,循经上泛,壅塞于颞颥,最终成为阻滞鼻玄府、妨碍气机流通的有形实邪。小儿体禀“纯阳”,又或“肝常有余”,感邪之后易从阳化热。无论是外感风热,还是饮食积滞所化的内热,均具有炎上之性。火热之邪上灼鼻咽,一方面炼液为痰;另一方面,热邪本身就是导致玄府“郁闭”的重要因素,如刘完素所言“热气怫郁,玄府闭塞”。痰与热相互胶结,缠绵不解,进一步阻碍局部气血运行,加之久病迁延,可导致局部络脉瘀阻,形成瘀血。至此,无形之内热与有形之痰、瘀在颞颥部位相互搏结,“窠囊”乃生,致使鼻玄府开阖失司、郁闭不通,使其宣通气液、通行气机之功能彻底废弛,故AH极易反复、迁延难愈。

现代医学研究表明,腺样体肥大的发病机制涉及免疫调节紊乱、局部微生态失衡、生物被膜形成、神经-免疫-内分泌网络异常以及微循环障碍等多重因素。从免疫学角度,腺样体作为上呼吸道黏膜免疫系统的重要组成部分,其淋巴滤泡增生与Th2型免疫偏移密切相关。在反复感染或过敏原刺激下,局部微环境呈现IL-4、IL-5、IL-13等Th2型细胞因子高表达,诱导B细胞类别转换产生IgE,并募集嗜酸性粒细胞浸润,形成慢性过敏性鼻炎[11]。这一免疫失衡状态与中医学“痰湿内蕴、伏热内结”的病机特征高度一致。其中,“痰”可对应于组织水肿、黏液分泌增多及炎性渗出,“热”则对应于局部炎性因子的高表达与氧化应激增强。而“鼻玄府”作为气液宣通之微观门户,在Th2型免疫偏移背景下,局部津液代谢障碍、炎性产物蓄积,恰对应玄府“气液不得宣通”之病理状态。

在微生物学层面,腺样体表面常形成细菌生物被膜,尤以流感嗜血杆菌、肺炎链球菌等条件致病菌为著。研究表明,在合并分泌性中耳炎的腺样体肥大患儿中,腺样体表面生物被膜形成率可达74%,显著高于无中耳炎患儿(42%) [12]。生物被膜通过胞外多糖基质包裹菌群,形成物理屏障,阻碍抗生素及免疫细胞的清除作用,导致感染迁延不愈。此病理过程与中医学“伏邪深踞、玄府久闭”之说高度契合。生物被膜的存在使邪气伏匿于局部,难以透达,恰如“玄府闭塞”所致之邪气留滞。通窍启玄法所倡导的开通玄府、宣通气液,从现代医学角度而言,可能通过调节局部微环境pH值、增强黏膜纤毛清除功能、改善局部血流灌注等机制,破坏生物被膜的稳定性,从而恢复局部微生态平衡。

微循环障碍亦是AH的重要病理环节之一。腺样体组织内毛细血管及淋巴管网在慢性炎症刺激下可出现血管内皮功能障碍、血流缓慢、渗出增加,进一步加重组织水肿与淋巴回流障碍。临床研究显示,腺样体肥大患儿鼻黏膜血流量较正常儿童显著降低,局部微循环状态与腺样体大小及临床症状严重程度呈正相关[13]。玄府学说强调“气液宣通”,其微观实质与微循环、组织间质通道及细胞膜离子通道等结构功能单元密切相关。现代研究者提出,“玄府-气血-络脉”理论与微循环障碍具有高度契合性,玄府为气血出入之枢纽,类似于微循环中血管扩张与收缩的调节机制[14]。因此,通窍启玄法改善局部微循环的作用机制值得深入探索。

此外,神经-免疫-内分泌网络的失衡亦在AH发病中发挥重要作用。儿童时期交感-副交感神经功能尚未成熟,易受外邪干扰,导致鼻咽部黏膜血管舒缩功能紊乱,腺体分泌异常,进一步加重玄府开阖失司。研究表明,腺样体肥大患儿存在自主神经功能紊乱,表现为交感神经张力降低、副交感神经优势增强,导致血管扩张、组织水肿及腺体分泌亢进。现代药理学研究证实,风药如麻黄、细辛等可通过调节交感神经兴奋性、改善局部血管舒缩功能,从而发挥开通玄府之效;虫类药如地龙、僵蚕等则富含生物活性肽,具有调节免疫、抗炎、抗凝等多靶点作用,与AH复杂的病理机制形成多重对应。

综上所述,无论内外因素,鼻玄府郁闭这一微观结构改变皆为其致病的核心病理环节,玄府郁闭日久则变生“窠囊”,致使顽颞不开,而出现顽固性的鼻塞、流涕、眠鼾等症候。

5. 通窍启玄法的用药特色与协同机制

基于“鼻玄府郁闭”为小儿腺样体肥大核心病机之认识,开通郁闭之玄府、恢复鼻咽部气液宣通则成为治疗的关键环节。叶俏波[15]系统梳理刘完素、陈达夫、王明杰等医家学术思想,提炼出“风药作先锋,血药为侧翼,虫药是中军,补药当后援”的玄府疾病治疗总纲。该纲领精准概括了开通玄府的用药层次,对于病位深在、病理因素复杂的AH而言,尤具临床指导价值。

5.1. 风药

风药理论肇始于张元素《医学启源》,经李东垣《脾胃论》阐发,至徐大椿等医家进一步完善,其核心特征被概括为“质轻而气盛者” [16][17]。现代学术范畴将风药扩展为具有祛风、解表、除湿、通络等

升浮发散特性的药物群体，羌活、独活、防风、麻黄、桂枝、细辛、白芷、柴胡、薄荷等皆属此类。此类药物味辛质薄，性善上行，具备升发、宣散、透达之特性，与玄府“贵开忌合”的生理特点高度契合。

从归经理论审视，风药主入肺、肝、脾三经。肺经连属咽喉，开窍于鼻，风药能开发肌表腠理与上焦清窍之郁结，直接作用于气分层次，驱逐风邪，宣畅气机。在小儿 AH 治疗中，风药的功用可从三个维度理解：其一，疏散外风，祛除侵袭鼻玄府之表邪，阻断疾病诱发因素；其二，升发清阳，借助轻扬升散之性，引诸药直达颞颥病所；其三，宣通气液，通过开启玄府门户，使郁闭之气得以外达，停滞之津液得以输布。基于上述机理，风药成为开通因外感导致浅层鼻玄府初闭的首选药物。

5.2. 虫类药

虫类药隶属动物药范畴，为血肉有情之品，临床常用地龙、蝉蜕、僵蚕、蜈蚣等。此类药物性善攻逐走窜，具搜风剔络、活血散瘀之显著功效，主入心、肝二经血分。

AH 病程缠绵，反复发作，邪气由气分渐次深入血分，形成痰瘀互结之“窠囊”。此时单纯应用草木类药物往往药力不及，难以直达病所。虫类药凭借其独特的生理特性，能深入经络血络，攻逐痰瘀互结所形成的窠囊，化解久病深伏之顽邪。僵蚕、蝉蜕长于祛风化痰、散结通络，对痰热互结者尤为适宜；地龙性善走窜，功擅通络利尿，能引导湿热从小便分消；蜈蚣、全蝎擅长搜风剔络、解毒散结，适用于瘀结深重者。虫类药是开通久病深闭、深层鼻玄府的关键药物。

5.3. 二者协同的通窍启玄机制

风药与虫类药作用层次相互补充，共同构成开通鼻玄府的完整临床用药体系。风药轻清升浮，作用于气分，开玄于表，使郁闭之气得以外达；虫类药沉潜下行，作用于血分，通玄于里，使凝结之痰瘀得以化解。二者相须为用，表里同治，气血同调，共奏通窍启玄之效。

从现代研究视角观之，风药多含挥发油等活性成分，具有抗炎、抗过敏、改善局部微循环的作用；虫类药则富含生物活性肽、酶类等物质，具备抗凝血、溶栓、促进组织修复的功能。二者协同，恰可对应 AH 炎症浸润、淋巴组织增生、微循环障碍等多重病理改变。

临床运用时，需依据病程新久、邪气深浅，权衡风药与虫类药的配伍比例。初期邪在气分，以风药为主，佐以少量虫类药；中期痰瘀互结，风药与虫类药并重；后期久病入络，则以虫类药为主，风药为辅。如此层次分明，方能切中病机，获效确切。

6. 基于鼻玄府理论的 AH 分期论治思路

结合临床实践，基于鼻玄府开阖失司的核心病机，可将 AH 分为急性发作期、慢性迁延期和缓解稳定期进行分期论治，以通窍启玄法贯穿始终。

6.1. 急性发作期——祛邪开玄

本期多因外感风热或风寒化热，引动内伏之痰热，导致鼻玄府骤然郁闭。临床症见鼻塞加重，浊涕黄稠，睡眠鼾声响亮，可伴发热、咽痛、咳嗽等症。舌质红，苔薄黄或黄腻，脉浮数或滑数。病机要点为“热郁玄府，痰热壅塞”，邪在气分、病位尚浅，治当急开其玄、速祛其邪。治以疏风散热、化痰启玄，重在宣散开玄、清化痰热。用药当以风药为先锋，借其轻清升浮之性，直入上焦开启郁闭之玄府。首选辛温或辛凉解表之品宣肺开玄，为开通鼻玄府之向导，使肺气宣发、玄府得启；佐以轻清透邪之药助风药开玄之力，使邪从表解；配以辛香通窍之药直达颞颥病所，开启鼻玄府之门；合以苦寒清泄之品清泄郁热，解“热气怫郁”之困，因火热郁闭玄府者，非清热则玄府不开；再入化痰之药清化痰热，除壅塞玄府之痰浊，使气道通利；更佐以通行孔窍经络之品，引诸药直达玄府深处。诸药合用，使表邪得散、郁热

得清、痰浊得化、玄府得开。若热毒炽盛者，可加清热解毒之力专者，以增强清解郁热之功；若痰热壅盛者，可加清化痰热之品，以强化痰开结之效。本期用药以风药为主，轻宣开玄，使邪从表解，防止病邪深入，体现“风药作先锋”之意。

6.2. 慢性迁延期——化痰逐瘀开玄

本期外邪已解，但痰瘀互结于顽颡，鼻玄府长期郁闭不通。临床症见持续性鼻塞，夜间打鼾，张口呼吸，可伴耳闷、听力下降。舌质暗红，或见瘀点，苔腻，脉滑或涩。病机要点为“痰瘀胶结，玄府深闭”，邪入血分、病位深入，治当攻逐窠囊、开通深玄。治以化痰散结、活血逐瘀、通窍启玄，重在攻逐窠囊、开通深玄。用药当风药与虫类药并重，气血同调，开玄于表里之间。仍以辛散开玄之品引领诸药深入，借其升散之性开启久闭之玄府门户；佐以化痰软坚之药直捣窠囊，消除壅塞玄府之有形痰结；配以活血逐瘀之品疏通玄府周围瘀滞，使气血得以流畅；更以虫类药深入血分，搜风剔络、化瘀通玄，此类药物性善攻逐走窜，能直达经络血络深处，攻逐久病深伏之顽邪，为开通久闭玄府之关键；再佐以通行孔窍之品，助药力透达玄府细微之处。诸药合用，使痰结得化、瘀滞得通、深玄得启。若痰多者，可加化痰之力专者以增强化痰散结之功；若瘀甚者，可加破血逐瘀之品以强化瘀通络之效；若结块坚硬者，可加软坚散结之药以增消散窠囊之力。本期风药与虫类药并重，气血同调，开玄于表里之间，体现“虫药是中军”之意。

6.3. 缓解稳定期——扶正养玄

本期痰瘀已化，鼻玄府渐通，但小儿肺脾肾三脏不足之本渐显。临床症见鼻塞已减，偶有轻微鼾声，面色少华，易感冒，纳差便溏或盗汗口干。舌质淡或偏红，苔薄白或少苔，脉细弱或细数。病机要点为“邪去正虚，玄府失养”，治当扶正固本、养玄防复。治以补虚固本、养玄防复。用药当以扶正为主，佐以少量风药引经防复，使补而不滞、养玄而不闭门留寇。首选益气健脾之品固护后天之本，使气血生化有源、玄府得以充养，此即“补药当后援”之意；佐以少量辛散风药引药上行，既可防余邪复聚，又能助补药通达玄府，使补而不滞；再入少量虫类或通络之品清除未尽余邪、助玄府宣通，使补中有通、养中有疏。诸药合用，使正气复而玄府得养，余邪尽而窠囊不复。若肺脾气虚明显者，可加强健脾益气之力，以增固本之功；若肺肾阴虚者，当去辛燥之品，加入滋阴润肺之药，以养玄府之体；若纳差运迟者，可加助运化之品，使补而不腻。本期以扶正为主，佐少量风药引经防复，养玄而不闭门留寇，体现“补药当后援”之旨。

7. 验案举隅

患儿张某，男，7岁，2025年7月12日初诊。主诉：睡眠打鼾伴张口呼吸1年余，加重1周。

初诊：患儿1年前始现夜间睡眠打鼾，时轻时重，曾于当地医院诊断为“腺样体肥大”，建议手术治疗，家长拒绝。近1周因外感后症状骤然加重，夜间鼾声响亮，张口呼吸，偶有呼吸暂停，伴鼻塞、流黄浊涕，白天精神欠佳，注意力不集中。纳可，大便偏干，小便黄。查体：面色偏红，咽部充血，双侧扁桃体Ⅱ肿大。舌质红，苔黄腻，脉滑数。电子鼻咽镜提示：腺样体肥大，堵塞后鼻孔约85%。

西医诊断：小儿腺样体肥大(重度)；中医诊断：鼾眠(痰热互结，鼻玄府郁闭证)。治以疏风散热、化痰启玄，方药如下：炙麻黄5g，连翘8g，薄荷6g(后下)，苍耳子6g，辛夷6g(包煎)，白芷6g，黄芩6g，栀子5g，胆南星3g，瓜蒌皮8g，路路通8g，丝瓜络5g，生甘草3g。共7剂，每日1剂，每日3次。

二诊：2025年7月19日。服药后表证已解，鼻塞减轻，黄涕转白，鼾声减弱，张口呼吸时间缩短。舌淡红，苔薄黄腻，脉滑。治以化痰逐瘀、通窍启玄，方药如下：麻黄3g，白芷6g，细辛2g，皂角刺

6 g, 白芥子 5 g, 海藻 8 g, 昆布 8 g, 川芎 5 g, 莪术 5 g, 土鳖虫 3 g, 蜈蚣 1/2 条(研冲), 僵蚕 6 g, 路路通 8 g, 丝瓜络 5 g。共 14 剂, 每日 1 剂, 每日 3 次。

三诊: 2025 年 8 月 6 日。鼾声基本消失, 偶有轻微鼻塞, 已能闭口呼吸, 精神好转, 面色红润。舌淡红苔薄白, 脉细。治以益气固本、养玄防复, 方药如下: 黄芪 10 g, 白术 8 g, 防风 5 g, 太子参 8 g, 茯苓 8 g, 山药 10 g, 陈皮 3 g, 白芷 3 g, 辛夷 5 g(包煎), 僵蚕 5 g, 丝瓜络 5 g, 路路通 6 g, 甘草 3 g。共 14 剂, 每日 1 剂, 每日 3 次, 随访 3 月未复。

按: 本案初诊急性发作期, 外邪引动内伏痰热, 鼻玄府骤然郁闭, 治以疏风散热、化痰启玄。方中炙麻黄宣肺开玄为向导; 连翘、薄荷轻清透邪, 助风药开玄之力; 苍耳子、辛夷、白芷通鼻启玄直达病所; 黄芩、栀子清泄郁热, 解“热气怫郁”之困; 胆南星、瓜蒌皮清化痰热以除壅塞; 路路通、丝瓜络通行孔窍经络, 引药直达玄府。全方以风药为先锋, 宣散开玄, 使表解郁开。二诊属慢性迁延期, 表证虽罢但痰瘀互结窠囊未消, 玄府深闭, 治以化痰逐瘀、通窍启玄。麻黄、白芷、细辛辛散开玄, 引领诸药; 皂角刺、白芥子、海藻、昆布化痰软坚, 直捣窠囊; 川芎、莪术、土鳖虫、蜈蚣、僵蚕虫类药物与活血药相伍, 深入血分搜风剔络、化痰通玄, 体现“虫药是中军”之意; 路路通、丝瓜络通行孔窍。全方风药与虫药并重, 气血同调, 共奏化痰逐瘀、通窍启玄之功。三诊已进入缓解稳定期, 邪去正虚, 肺脾不足之本渐显, 治以益气固本、养玄防复。黄芪、白术、太子参、茯苓、山药益气健脾为“补药当后援”; 少量防风、白芷、辛夷引药上行, 防余邪复聚; 僵蚕、丝瓜络、路路通清除余邪、助玄府宣通。全程以“启玄”为纲, 三期方药层次分明: 一期风药宣散开浅玄, 二期虫药攻逐通深玄, 三期补药扶正养玄府, 紧扣鼻玄府开阖失司之核心病机, 使郁闭得启、窠囊得消、正气得复, 故获良效。本研究涉及的临床病例资料已获得患儿监护人知情同意, 并签署知情同意书, 符合相关伦理规范。

8. 结语

小儿腺样体肥大作为儿童期常见鼻咽部疾患, 其缠绵难愈的临床特点与现代医学治疗手段的局限性, 凸显了中医药治疗的独特价值。本文以玄府学说为理论基石, 提出“鼻玄府郁闭”为 AH 的核心病机, 认为本病乃内外合邪导致颞颥区域微观孔窍网络开阖失司, 气液不得宣通, 痰热瘀血互结而成窠囊。治疗上当以通窍启玄为总纲, 灵活运用风药与虫类药, 依据病程新久、邪气深浅进行分期论治。风药轻清升浮, 开玄于表; 虫类药沉潜下行, 通玄于里; 二者协同, 共奏恢复鼻玄府开阖之功。临床验证表明, 该法可显著改善患儿鼻塞、打鼾、张口呼吸等症状, 为小儿 AH 的中医诊疗提供了新的理论视角与实践路径。今后可进一步结合现代影像学与病理学研究, 探索“鼻玄府”的微观实质, 为玄府学说提供更为坚实的科学依据。

参考文献

- [1] 孙虹, 张罗. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 284-285.
- [2] 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.
- [3] 袁斌, 姜之炎, 马华安, 等. 儿童腺样体肥大中医临床实践指南[J]. 南京中医药大学学报, 2024, 40(2): 76-81.
- [4] 傅海燕, 潘桂娟. 《黄帝内经》鼻部形态结构术语研究[J]. 中医杂志, 2012, 53(24): 2078-2080.
- [5] 谢华. 黄帝内经(白话释译珍藏本) [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2001: 9-210.
- [6] 刘完素. 素问玄机原病式[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [7] 王明杰, 罗再琼. 玄府学说[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [8] 张勤修, 熊大经. 鼻玄府学说理论探微[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(3): 334-336.
- [9] 赵蕊, 张紫微, 丰明媚, 等. 刘完素玄府学说源流的研究述要[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(7): 3879-3883.
- [10] 钱乙. 小儿药证直诀[M]. 阎孝忠, 编集. 郭君双, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

-
- [11] 王静, 刘芳, 李敏. 中西医治疗儿童腺样体肥大及对体内白介素影响的研究进展[J]. 中国医药导刊, 2024, 26(5): 456-460.
- [12] Saafan, M.E., Ibrahim, W.S. and Tomoum, M.O. (2013) Role of Adenoid Biofilm in Chronic Otitis Media with Effusion in Children. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, **270**, 2417-2425.
<https://doi.org/10.1007/s00405-012-2259-1>
- [13] 刘素琴, 张建辉, 李娜. 腺样体肥大儿童鼻黏膜微循环变化及其临床意义[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2019, 26(5): 245-248.
- [14] Zheltov, A.Y., Kostrovskiy, O.M. and Husakova, O.O. (2018) The Features of Microcirculation in the Nasal Mucosa in Children with Adenoid Hypertrophy and Otitis Media with Effusion. *Zaporozhye Medical Journal*, **20**, 765-770.
<https://doi.org/10.14739/2310-1210.2018.6.146744>
- [15] 叶俏波, 张霞, 王倩, 等. 王明杰基于玄府理论辨治内障眼病经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(8): 1322-1324.
- [16] 张元素. 医学启源[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1985: 1-5.
- [17] 李东垣. 脾胃论[M]. 张年顺, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2007.