



团体标准

T/SATCM ×××—2023

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

Expert consensus on the clinical diagnosis and treatment of adenoid hypertrophy in children with Shanghai style traditional Chinese medicine characteristics and advantages

202×-××-××发布

202×-××-××实施

上海市中医药学会 发布

目 次

前言	I
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语与定义	1
4 发病	1
5 临床诊断	2
6 辨证分型	3
7 治疗	4
8 预防与调护	6
附录 A（资料性附录） 文献检索、评价及证据分级策略	7
参考文献	9

前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由上海中医药大学附属龙华医院提出。

本文件由上海市中医药学会归口。

本文件起草单位：上海中医药大学附属龙华医院、上海市中医医院、江苏省中医院、浙江中医药大学附属第一医院、浙江省立同德医院、江苏省盐城市中医院、浙江省丽水市中医院、上海中医药大学附属曙光医院、复旦大学附属儿科医院、上海交通大学医学院附属新华医院、上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院。

本文件主要起草人：肖臻、姜之炎、虞坚尔、薛征、袁斌。

本文件其他起草人：陈玉燕、陈光明、阮仙利、孙远岭、俞建、吴敏、陈燕萍、朱慧华、顾明达、姜永红、赵鋈、汪永红、史竞懿、张欣、吴俊。秘书：刘秀秀。

本文件于2023年10月10日完成制定。

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

1 范围

本文件提出了儿童腺样体肥大的定义与发病、临床诊断、辨证分型、治疗、预防与调护建议。

本文件适用于 2~18 周岁人群腺样体肥大的诊断和防治。

本文件适合中医儿科、中西医结合儿科、耳鼻喉科及中医全科等相关临床医师以及从事临床教学、科研等工作使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范引用而构成本文件必不可少的条款。其中注明日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件。其中无注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适用于本文件。

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第 2 部分：证候。

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第 3 部分：治法。

GB/T 21709.3-2021 针灸技术操作规范 第 3 部分：耳针。

GB/Z 40893.3-2021 中医技术操作规范 儿科 第 2 部分：小儿常用外治法

GB/Z 40893.3-2021 中医技术操作规范 儿科 第 3 部分：小儿针灸疗法

GB/Z 40893.3-2021 中医技术操作规范 儿科 第 4 部分：小儿推拿疗法

3 术语与定义

以下术语与定义适用于本文件。

3.1 腺样体 adenoid

腺样体是位于鼻咽顶壁与后壁交界处的淋巴组织，又称为增殖体或咽扁桃体。

3.2 腺样体肥大 Adenoidal Hypertrophy

正常生理情况下，儿童 2~6 岁时腺样体增生最显著，随着年龄的增长逐渐萎缩。若腺样体增生，并引起相应症状者称为腺样体肥大^[1]；中医将其归于“鼻塞”、“鼾眠”、“痰核”等范畴。

4 发病

本病多发生于 2~12 岁儿童中，其中尤以 3~6 岁多见，男女均可发病；四季均可发病，尤以冬春多见。多与反复上呼吸道感染、鼻-鼻窦炎、空气污染、饮食不节以及过敏等因素

有关。

5 临床诊断

5.1 临床表现

5.1.1 局部

主要为鼻塞、闭塞性鼻音、流涕、咽部不适，长期张口呼吸还可形成“腺样体面容”^[1]；肥大的腺样体堵塞咽鼓管可引起耳部不适，如耳闷胀感，耳痛或听力下降等^[2-3]。

5.1.2 睡眠障碍

多伴有睡时打鼾、张口呼吸、睡时憋气、睡时多动不安或频繁易醒等睡眠障碍。

5.1.3 其他

主要表现为注意力不集中、白天嗜睡、嗅觉障碍、遗尿等。

5.1.4 合并症

常合并变应性鼻炎、分泌性中耳炎、阻塞性呼吸障碍、上气道咳嗽综合征等。

5.2 辅助检查

常用的辅助检查包括 X 线检查（鼻咽侧位片）、鼻咽内镜/电子纤维鼻镜、MR、CT 及睡眠呼吸监测等检查。

5.2.1 X 线检查（鼻咽侧位片）

其中 A/N 比值（腺样体-鼻咽部比值）是最常用的测量方法，它是指腺样体厚度和鼻咽腔深度的比值，通常以 $A/N \leq 0.60$ 为正常范围， $>0.60 \sim 0.70$ 为腺样体轻度肥大， $>0.70 \sim 0.80$ 为腺样体中度肥大， >0.80 为腺样体重度肥大。

5.2.2 鼻咽内镜/电子纤维鼻镜

根据腺样体阻塞后鼻孔平面分为 4 度，0 度：0~25%；1 度：25%~50%；2 度：50%~75%；3 度：75%~100%^[4]。

5.2.3 MR 检查

磁共振图像测量腺样体 A/N 0.60~0.69 为轻度肥大， A/N 0.70~0.79 为中度肥大， $A/N > 0.8$ 为重度肥大^[5]。

5.2.4 CT 检查

当 A/N 的平均值不超过 0.6 时，可判断为腺样体大小无异常； A/N 平均值在 0.6 与 0.7 之间时，可判断为腺样体中度肥大； A/N 平均值超过 0.7 时，判断腺样体为病理性肥大^[6]。

5.2.5 睡眠呼吸监测

儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征（Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome, OSAHS）诊断标准：阻塞性睡眠呼吸暂停指数(OAI) >1 次或呼吸暂停低通气指数(AHI) >5 次/h，伴最低血氧饱和度LSaO₂ $<92\%$ 。分度：轻度：AHI 5~10次/h或OAI 1~5次/h，LSaO₂ 85~92%；中度：AHI 10~20次/h或OAI 5~10次/h，LSaO₂ 80~85%；重度：AHI >20 次/h或OAI >10 次/h，LSaO₂ $<80\%$ 。每夜睡眠过程中阻塞性呼吸暂停指数大于1次/h或呼吸暂停低通气指数大于5次/h为异常，低动脉血氧饱和度低于0.92定义为低氧血症，满足以上两条可以诊断阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征^[7]。

5.3 鉴别诊断

5.3.1 与鼻息肉相鉴别

鼻息肉是指鼻内光滑柔软、状如葡萄或荔枝肉样的赘生物，多伴发于鼻炎等鼻病，临床表现为单侧或双侧鼻腔渐进性鼻塞，逐渐呈持续性，嗅觉减退，多涕，头闷头痛；前鼻镜检查可见单侧或双侧鼻腔见单个或多个表面光滑、灰白色或淡红色的半透明赘生物，可移动，后鼻孔检查和鼻内窥镜检查明确息肉的部位和范围。

5.3.2 与咽囊囊肿相鉴别

咽囊为胚胎期颅颊囊的残余位于鼻咽顶后壁咽囊口开口于腺样体中央隐窝下端囊壁为黏膜覆盖，囊的开口被阻塞时囊内杯状细胞的分泌物不能排出而形成囊肿继发感染则成为脓肿，临床表现为间断鼻后部流涕或脓，耳闷、耳胀，头痛等症状，纤维鼻咽镜下见所有患者均为鼻咽顶部中央圆形隆起肿胀黏膜充血；咽囊脓肿则色泽发黄表面常有干痂或脓液附着。

6 辨证分型

6.1 肺热壅鼻证

症候：鼻塞，咳嗽，咽部红肿，流鼻涕，头痛，睡时鼾声粗重，张口呼吸，舌红苔薄黄，脉浮数，指纹浮紫。

6.2 脾虚痰阻证

症候：鼻塞日久持续不解，流清涕，喷嚏，睡时打鼾，张口呼吸，耳内闷胀，神疲倦怠，面色少华，胃纳欠佳，形体消瘦，大便溏或正常，舌淡红，苔薄白腻，脉滑，指纹沉滞。

6.3 肺肾阴虚证

症候：交替性、间断性鼻塞，涕黄白量不多，咳嗽，少量黄粘痰，咽部不适，睡眠中鼾声时作，张口呼吸，耳鸣，形体消瘦，学习能力差，夜卧不宁，舌红少苔，脉沉细弱或细数，指纹淡紫。

7 治疗

7.1 治疗原则

本病为本虚标实之证，小儿肺脾肾常不足，肝常有余，或感受六淫之邪，或嗜食生冷肥甘；痰、瘀为本病的重要病理因素。

本病病程较长，治疗宜在辨虚实基础上，内治与外治相结合治疗。根据病因、病位不同，肺热壅鼻者以驱邪泻实为主；脾虚痰阻、肺肾阴虚者以补肺脾肾亏虚为主。

7.2 分证论治

7.2.1 肺热壅鼻证

治法：清热宣肺，化痰开窍

主方：清肺化痰通窍方加减^[8]（推荐等级：B级）

常用药物：金银花 连翘 辛夷 黄芩 石菖蒲 夏枯草 丝瓜络 象贝母 生牡蛎 甘草

加减：渴甚，加天花粉；咳者，加杏仁、鱼腥草；兼咽肿痛，加马勃、玄参；鼻衄者，去荆芥穗、淡豆豉，加白茅根、侧柏炭、栀子炭；热不解，渐入里者，加生地黄、知母、黄芩。

7.2.2 脾虚痰阻证

治法：运脾化痰，通窍散结

主方：运脾化痰通窍方加减^[9]（推荐等级：B级）

常用药物：苍术，薏苡仁，辛夷，黄芩，石菖蒲，夏枯草，丝瓜络，浙贝母，生牡蛎，甘草

加减：咳甚加桃仁、杏仁、苏子、莱菔子；纳少腹胀者，加麦芽、谷芽。

7.2.3 肺肾阴虚证

治法：养阴润肺，宣通散结

主方：沙参麦冬汤加减^[10]（推荐等级：E级）

常用药物：沙参、玉竹、生甘草、冬桑叶、麦冬、生扁豆、天花粉

加减：夜卧不宁易惊醒者，加龙骨、牡蛎；遗尿者，加金樱子、覆盆子；头痛健忘者加益智仁、女贞子、枸杞子。

7.3 中成药治疗

通窍鼻炎颗粒（炒苍耳子、防风、黄芪、白芷、辛夷、炒白术、薄荷）：每袋装 2g，开水冲服。建议用量用法：4~7 岁每次 1/2 袋，每日 3 次；8~12 岁每次 1 袋，每日 2 次；>12 岁每次 1 袋，每日 3 次。常用于肺热壅鼻证。（推荐等级：C）^[11]

鼻渊通窍颗粒（辛夷、苍耳子、麻黄、白芷、薄荷、藁本、黄芩、连翘、野菊花、天花粉、地黄、丹参、茯苓、甘草）：每袋装 15g，开水冲服。建议用量用法：6~9 岁每次 1/2 袋，每日 3 次；10~12 岁每次 2/3 袋 g，每日 3 次；>12 岁每次 1 袋，每日 3 次。

常用于肺热壅鼻证。(推荐等级: B)^[12]

辛芩颗粒(细辛、黄芩、荆芥、防风、白芷、苍耳子、黄芪、白术、桂枝、石菖蒲): 每袋装 5g, 开水冲服。建议用量用法: 2~3 岁每次 1/2 袋, 每日 3 次; >3 岁每次 1 袋, 每日 3 次。常用于脾虚痰阻证。(推荐等级: A)^[13-14]

7.4 推拿疗法

7.4.1 全身推拿^[15] (推荐等级: B 级)

局部手法: 开天门 50 次, 推坎宫 1min。

远端手法: 使小儿俯卧, 掌根直推脊柱、脊柱两侧肌肉, 擦热肩胛骨内侧肺俞穴、腰骶部, 配合捏脊 10 遍左右, 捏三次提一次, 重复进行。以上治疗手法, 每日进行一次, 10 次为一疗程。

辨证加减:

肺热壅鼻证可适当加揉太渊、列缺、揉掌小横纹 5min, 清肺经、膀胱经 200 次;

脾虚痰阻证可适当加运八卦、摩腹, 揉外劳宫, 揉鱼际 3min, 清板门 200 次, 补脾经 200 次;

肺肾阴虚证可适当加清天河水, 揉二马、揉小天心 3min, 补肺经、补肾经 200 次。

7.4.2 局部推拿^[16] (推荐等级: B 级)

取穴: 鼻通、迎香、印堂, 适用于各证型。

操作方法: 将双手食指指尖置于施术穴位, 旋转揉搓 1min, 每日 2 次。

7.5 针刺疗法^[17] (推荐等级: D 级)

主穴: 迎香、印堂、鼻通。

操作手法: 每日一次, 每次取主穴加 2~3 组配穴, 其中迎香、鼻通可加用电针; 均采用平补平泻手法, 留针 20min。

辨证加减:

肺热壅鼻证可加尺泽、风池、曲池、合谷、肺俞;

脾虚痰阻证可加三阴交、足三里、丰隆、阴陵泉、脾俞;

肺肾阴虚证可加尺泽、列缺、照海、太溪、肾俞。

7.6 耳针疗法^[17] (推荐等级: D 级)

主穴: 鼻、神门。

操作手法: 用 75%乙醇棉球擦拭耳廓皮肤, 用止血钳持粘有王不留行籽的 0.5cm×0.5cm 小胶布或 0.3mm 揸针, 将其按压在相应耳穴敏感点上, 每穴按以中、重强度刺激 0.5~1min, 使局部产生痛、热、胀感; 并嘱患者每日自行按压 5~6 次, 每次按压 1~2min。一般单侧耳穴贴压, 3 天换 1 次, 10 次为 1 个疗程, 治疗 1 个月。

辨证加减:

肺热壅鼻证可加肺、咽喉;

脾虚痰阻证可加脾；

肺肾阴虚证可加肾。

7.7 穴位贴敷疗法^[18]（推荐等级：B级）

药物：细辛、白芥子、延胡索、甘遂、花椒目、辛夷、浙贝母

主穴：天突、大椎、神阙、膻中

操作方法：将上述药物研成粉末，治疗时取适量药物，加入姜汁调成膏状，放置在患者的相应穴位，用2cm×2cm大小的透气胶布固定，每次每穴贴敷4~6h，隔日一次，2周为一疗程，连续治疗4个疗程。

辨证取穴：

肺热壅鼻证可加中府、尺泽、列缺；

脾虚痰阻证可加足三里、丰隆、中脘；

肺肾阴虚证可加尺泽、太溪、肾俞。

8 预防与调护

腺样体肥大患儿需避免反复呼吸道感染引起本病复发或加重。腺样体周围器官慢性炎症也可导致腺样体肥大，因此需要治疗慢性扁桃体炎、过敏性鼻炎、鼻窦炎、湿疹等疾病。同时，关注并积极治疗胃-食管反流情况。

如有睡眠时憋气、呼吸暂停等情况，建议使用便携式家庭睡眠呼吸监测，以便及时发现低氧血症等情况。注意临床观察，密切关注疾病进展，并及时处理。

本病多为慢性疾病，在日常生活中，需注意休息预防感冒，规律运动控制体重，锻炼身体增强体质，避免接触过敏原，合理饮食，减少摄入生、冷、肥、甘、厚、腻食物。

附录 A (资料性附录)

文献检索、评价及证据分级策略

A.1 临床证据的检索方法

以“腺样体肥大”“诊断”“治疗”“中医药”“中西医结合”等作为检索词组合，检索中国学术期刊（网络版）、中文科技期刊数据库（维普）、万方数据知识服务平台、中国优秀硕士学位论文全文数据库等；以“Adenoid Hypertrophy”“CAH”“Diagnosis”“Chinese Medicine”“Integrated Traditional and Western Medicine”等作为检索词，检索MEDLINE、COCHRANE图书馆、Clinical Trial、美国国立指南库（The National Guideline Clearinghouse, NGC）等，检索年限近25年内，选择中医及中西医结合治疗、预防类文献作为评价对象。对于来自同一单位同一时间段的研究和报道以及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献。

A.2 文献评价方法

A.2.1 随机临床试验的评价

结合Cochrane偏倚风险评价工具评价，选出采用改良Jadad量表评分大于等于3分的文献作为指南的证据。

A.2.2 非随机临床试验的评价

采用MINORS条目评分。评价指标共12条，每一条分为0~2分。前8条针对无对照组的研究，最高分为16分；后4条与前8条一起针对有对照组的研究，最高分共24分。0分表示未报道，1分表示报道了但信息不充分，2分表示报道了且提供了充分的信息。选择总分大于等于13分的文献作为治疗性建议证据。

很多文献标题是随机对照，然内容实质是非随机对照，如按就诊顺序分组等。此类应归入非随机试验。如果存在明显质量问题，如分类统计样本例数与该组总样本例数不符、理论分析低劣、作者非临床医生的治疗报道等，应直接排除，不用量表评估。

A.2.3 Meta 分析的评价

采用AMSTAR量表进行文献质量评价。每个条目评价结果可以分为“是”“否”“不清楚”或“未提及”三种，并给予计分，如“是”为1分，“否”“不清楚”或“未提及”为0分，共11分。AMSTAR量表得分0~4分为低质量，5~8分为中等质量，9~11分为高质量。选择5分以上文献为证据。

注：对所检索到的每篇临床文献均按以上3种方法分别做出文献评价。

A.3 证据评价分级和文献推荐级别

符合前述质量要求的临床研究，可成为指南的证据，大样本的随机对照试验成果成为高等级推荐的证据，小样本的随机对照试验以及非随机对照试验的成果成为次级或低强度推荐的证据。此外，也可依据文献研究的成果经专家共识法形成推荐建议。

表 A.1 文献依据分级及推荐级别

中医文献依据分级	推荐级别
I大样本，随机研究，结果清晰，假阳性或假阴性的错误很低	A 至少有 2 项 I 级研究结果支持
II小样本，随机研究，结果不确定，假阳性和/或假阴性的错误较高	B 仅有 1 项 I 级研究结果支持
III非随机，同期对照研究和基于古代文献的专家共识	C 仅有 II 级研究结果支持
IV非随机，历史对照和当代专家共识	D 至少有 1 项 III 级研究结果支持
V病例报道，非对照研究和专家意见	E 仅有 IV 级或 V 级研究结果支持

注：文献依据分级标准的有关说明。

1) 中医临床诊疗指南制修订的文献分级方法按“汪受传，虞舜，赵霞，戴启刚，陈争光，徐珊. 循证性中医临床诊疗指南研究的现状与策略[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(11): 2759-2763.”提出的“中医文献依据分级标准”实施。

2) 推荐级别（或推荐强度）分为 A、B、C、D、E 五级。强度以 A 级为最高，并依次递减。

3) 该标准的“研究课题分级”中，大样本、小样本定义为：

大样本：≥100 例的高质量的单篇随机对照试验报道或系统综述报告。

小样本：<100 例的高质量的单篇随机对照试验报道或系统综述报告。

4) III级中“基于古代文献的专家共识”是指古代医籍记载、历代沿用至今、当代专家意见达成共识者。IV级中“当代专家共识”是指当代专家调查意见达成共识者。V级中的“专家意见”仅指个别专家意见。

5) 基于专家共识形成的推荐意见。针对文献证据不足，但具有广泛公认的有效性、安全性、经济性、患者意愿等特殊情况，专家共识提出推荐，参照 GRADE 系统设置了强推荐、弱推荐、弱不推荐、强不推荐的推荐等级，75%~90%的专家推荐使用或强调提醒不推荐使用，则推荐级别为弱推荐或弱不推荐；90%以上的专家推荐使用或强调提醒不推荐使用，则推荐级别为强推荐或强不推荐。

参 考 文 献

- [1] 张亚梅,张天宇.实用小儿耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:312.
- [2] El Tonnaer. Genetic relatedness between pneumococcal populations originating from the nasopharynx, adenoid, and tympanic cavity of children with otitis media[J]. J Clin Microbiol, 2005, 43(7): 3140-3144.
- [3] Ungkanont k Damrongsak-S. Effect of adenoidectomy in children with complex problems of rhinosinusitis and associated diseases[J]. Int JPediatrOtorhinolaryngol, 2004, 68(4): 447-451.
- [4] 何敏,陈国威.儿童腺样体肥大的评估方法[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2022,46(5):289-291
- [5] 于翠妮,夏黎明,张强.MRI在儿童腺样体肥大诊断中的临床应用价值[J].潍坊医学院学报,2022,44(6):453-456
- [6] 张利.多层螺旋CT诊断儿童腺样体肥大的价值分析[J].影像研究与医学应用,2018,2(22):183-184.
- [7] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会,中华医学会耳鼻咽喉科学分会.儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊疗指南草案(乌鲁木齐)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(2):83-84.
- [8] 宋瑶,刘秀秀,毛黎明,等.清肺化痰通窍方联合中医外治法治疗儿童腺样体肥大肺热壅鼻证多中心随机对照研究[J].中国中西医结合杂志,2022,42(3):322-326.(证据分级: I Jadad 量表评分: 4分)
- [9] 王明晶,刘秀秀,毛黎明,等.运脾化痰通窍方联合中医外治法治疗儿童腺样体肥大脾虚痰阻证的临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(3):428-431,437(证据分级: I Jadad 量表评分: 4分)
- [10] 俞竟一,常克.中医药治疗儿童腺样体肥大的研究进展[J].当代医药论丛,2022,20(8):23-27.
- [11] 周璐,郭旭,孙科佳.通窍鼻炎颗粒联合糠酸莫米松治疗小儿腺样体肥大风热蕴肺证的疗效评价[J].中国医药导刊,2021,23(06):433-436.(证据分级: II Jadad 量表评分: 2分)
- [12] 王宇丹,徐佳敏,周玮.鼻渊通窍颗粒联合激素鼻喷剂治疗儿童腺样体肥大的疗效[J].浙江临床医学,2023,25(5):676-678.(证据分级: I Jadad 量表评分: 3分)
- [13] 黄跃,甘金梅,黄碧霞.辛芩颗粒治疗小儿鼻炎 150 例[J].华西药学杂志,2002(04):311-312.(证据分级: I Jadad 量表评分: 2分)
- [14] 尤显列.辛芩颗粒合开瑞坦治疗小儿过敏性鼻炎[J].河南中医,2005(02):69.(证据分级: II Jadad 量表评分: 2分)
- [15] 王赛娜,盛锋,徐枫,等.推拿手法治疗儿童腺样体肥大的临床观察[J].中华中医药杂志,2018,33(3):1155-1157.(证据分级: II Jadad 量表评分: 3分)
- [16] 姜之炎,刘俊俊,石李,等.运脾化痰通窍方联合鼻部按摩治疗儿童腺样体肥大的

临床疗效及免疫调节作用[J]. 南京中医药大学学报, 2018, 34(1):42-46. (证据分级: II Jadad 量表评分: 3分)

[17] 王永钦. 中医耳鼻咽喉口腔科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2011:605-609.

[18] 卢承顶, 甄灿灿, 高荣莉, 等. 腺样体方配合穴位贴敷治疗小儿腺样体肥大疗效的临床疗效分析[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(1):104-106 (证据分级: II Jadad 量表评分: 3分)