

从痰瘀窠囊论治肺结节

魏华民¹ 朱瑞丽² 刘 瑞³ 花宝金³ 林 海¹

(1 首都医科大学附属北京友谊医院,北京,100050; 2 中国中医科学院广安门医院南区,北京,102600; 3 中国中医科学院广安门医院,北京,100053)

摘要 随着检查手段不断改进,肺结节的检出率明显提高,但由于缺乏特异敏感的恶性肺结节诊断指标,主要策略仍为定期 CT 检查随访。如何利用中医药有效防止肺结节进展,或促进其消失是中医面临的主要问题,而目前缺乏相关的肺结节中医理论认识及治疗策略研究。我们通过研究中医古典文献及花宝金教授的治肺结节经验,提出肺结节的病性为“痰瘀窠囊”。本文拟结合古典文献关于“痰瘀”及“窠囊理论”的认识及现代医学关于肺结节的研究,就肺结节的中医理论认识及治疗策略做简要讨论。

关键词 肺结节;中医;窠囊

Pulmonary Nodule Treatment Based on “Phlegm and Blood Stasis” and “Kenang” Theory

Wei Huamin¹, Zhu Ruili², Liu Rui³, Hua Baojin³, Lin Hai¹

(1 Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China; 2 South area of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 102600, China; 3 Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract More patients with pulmonary nodules were diagnosed along with the improvement of inspection means, but because of lacking sensitive and specific indicators for malignant pulmonary nodules, the main therapeutic strategy is still regular follow-up CT examinations. The key point of Chinese Medicine is to figure out how to prevent nodules' development and make it disappear. However, there were few studies about its theory and treatment strategy. By studying at the classical literature of Chinese medicine and Hua Baojin's clinical experiences in treatment of lung nodules, we put forward that the nature of pulmonary nodule is “phlegm and blood stasis type Kenang”. This study is to discuss the theory and treatment strategy of pulmonary nodule based on the knowledge of “phlegm and blood stasis” and “kenang theory” on Chinese medicine classic literature and modern studies.

Key Words Pulmonary nodule; Chinese medicine; Kenang

中图分类号:R273 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.11.010

随着低剂量薄层螺旋 CT 的广泛应用,近年来肺结节的检出率明显提高,8 个大样本量的肺癌筛查项目结果显示,孤立性肺结节的发现率在 8%~51%,绝大部分为 20% 左右^[1],孤立性肺结节中 20%~40% 为恶性肿瘤^[2],在手术切除的肺结节中恶性结节占 10%~70%^[3],但目前对肺结节或肺磨玻璃影的现代医学处理原则多为定期观察^[4],缺乏有效的早期干预手段。既往的大规模临床试验已证实,中医药在肿瘤治疗中不仅可稳定瘤体,预防肿瘤复发转移,在肿瘤预防即治未病中也有显著优势^[5-7],对留着局部的病理产物如痰、瘀、水、湿的祛除有较好效果,但缺乏对肺结节的中医理论认识及治疗方法研究。本文结合古典文献、现代医学研究及花宝金教授治疗肺结节经验,提出肺结节“痰瘀窠

囊”的病性认识及相应治疗策略,供临床参考。

1 肺结节的现代医学认识及处理

1.1 肺结节及肺内磨玻璃影的概念 目前将直径 ≤3 cm 的肺部结节性病变定义为肺结节,按数目分为孤立性肺结节及多发性肺结节,按密度分为实质性结节 (Solid Nodule, SN) 和磨玻璃结节 (Ground glass nodule)。其中孤立性肺结节 (Solitary Pulmonary Nodule, SPN) 是指单一、边界清楚、影像学不透明、直径 ≤3 cm,周围为含气肺组织所包绕的肺部结节病变,无肺不张、肺门增大或胸腔积液表现^[8]。将直径处于 0.8~3 cm 之间的成为典型孤立性肺结节,将 ≤8 mm 的孤立性肺结节成为小结节。肺内磨玻璃影 (Ground Glass Opacity) 是在高分辨率胸部 CT 图像上结节密度轻度增加而其内的支气管血管纹理

基金项目:北京市自然科学基金资助项目(7184203);国家科技部重点领域创新团队(RA20134022);国家自然科学基金项目(81273718; 81102719);中国中医科学院肿瘤扶正培本创新团队(Y51305)

作者简介:魏华民(1984.09—),男,博士,主治医师,研究方向:中医要肿瘤预防及治疗,E-mail:wei.huamin6255@126.com

通信作者:林海(1971.03—),男,硕士,副主任医师,研究方向:中医药治疗肿瘤,E-mail:lh_js@sina.com;花宝金(1964.06—),男,博士,主任医师,中国中医科学院广安门医院副院长,研究方向:中医药治疗肿瘤,E-mail:huabaojin@sohu.com

仍存在的一种征象^[9]。

1.2 肺结节病因及流行病学 肺结节因病理类型不同而包括多种病因,如发育异常、感染性、炎性、陈旧性病变、结核、霉菌、风湿病等都可以引起肺结节。其中恶性肺结节占 19.7%~75%^[4],一项来自北京大学人民医院的研究证实:孤立性肺结节中约有 66.7% 为恶性,在 ≤ 5 mm 的孤立性肺结节恶性肿瘤的比例仍高达 43.7%^[10]。而 Henscheke 的研究表明 CT 筛查中约 18% 的纯磨玻璃结节为恶性,约 63% 的混合磨玻璃结节为恶性^[11]。

1.3 肺结节的现代医学处理原则 目前各国对肺结节的处理原则不尽相同,可能与地域不同,肺结节进展及预后差别相关,但总的原则是根据患者临床危险因素及影像学改变的不同进行个体化处理。早在 2009 年中国抗癌协会肺癌专业委员会共识即根据恶性概率制定了不同的肺结节处理原则:恶性概率 = $\text{ex}/(1 + \text{ex}) \times X = -6.827 + (0.0391 * \text{年龄}) + (0.7917 * \text{吸烟}) + (1.3388 * \text{癌症史}) + (0.1274 * \text{直径}) + (1.0407 * \text{毛刺}) + (0.7838 * \text{上叶})$ 认为恶性概率 $< 3\%$ 可采取影像学观察, $3\% \sim 68\%$ 应进一步检查, $> 68\%$ 应以胸腔镜辅助下或完全性的胸腔镜下的楔形切除为主,手术中快速冰冻切片检查如为恶性,应行肺叶切除 + 系统性纵隔淋巴结清除术。对于低概率及 SPN < 8 mm 者均已随访为主^[12]。之后不同的学者提出了更为详细的处理原则:如体检发现 < 4 mm 的肺结节,没有合并临床危险因素,通常不需任何处理与随访。 > 4 mm 的肺结节,定期薄层 CT 随访。一般发现 SPN 后随访以每 3 个月为 1 个单元,以免延误诊断和治疗^[13]。倍增时间(体积增大一倍的时间) > 18 个月提示良性病变,但磨砂玻璃样结节随访时间应长于 2 年^[12]。而最新的美国国立综合癌症网络肺癌 2015 年筛查指南(<http://www.nccn.org/patients>)对实性结节、磨玻璃影及结节、多发磨玻璃结节等具体内容都给出了详细建议,仍以结节大小为主要指标,对不满足手术条件者,均已 CT 长期随访为主^[14]。综上,目前关于肺结节的危险分层,多根据结节大小,长期动态观察,对典型孤立性肺结节的临床处理更为积极,对小结节以定期 CT 检查随访为主要处理策略^[15]。但这并不能达到有效的早防早治的目的,有必要结合中医理论,对其病机及治疗原则进行探讨,以利于早期防治结合,降低肺癌发生。

2 肺结节的中医认识

目前关于肺结节的中医病因、病机、治则及有效

方药的论述在中医界几近空白。如何从中医角度认识并治疗肺结节,降低肺癌的发病率是目前急需解决的问题。从中医理论出发,结合肺结节本身致病特点及现代科学技术检查手段是认识肺结节的必要途径。

2.1 病性 肺结节生长缓慢,倍增时间长达 813 d (感染性除外)^[16],病变范围局限,病程较长,进展缓慢,具有中医痰病“逐渐蓄积,可积聚成瘤”的特点,可纳入中医痰病范畴。朱丹溪提出“人身中有结核,不痛不红不作脓,痰注也”,近代医家对痰病特点描述较详,朱曾柏教授提出痰病的特点为“肿块、结节,或结于皮下,或凝于腹内,也可发生在其他组织器官之中,皮肤表面无变化,或微有冷凉感,或肤色晦暗”^[17]。潘桂娟教授总结痰的特征为“逐渐蓄积、流动不测、黏滞胶着、秽浊腐败、凝结积聚、致病怪异”,其致病有“蒙蔽神明”“阻滞气机”“壅塞血脉”“泛溢肌腠”“积聚成瘤”“宿痰失道”等不同^[18]。肺结节符合以上“痰病”的基本特征,但中医以痰为病的病名多达 48 种,按不同特点分为:食痰(沫痰)、酒痰、气痰、风痰、火痰、湿痰、寒痰、热痰、顽痰和老痰等。痰浊凝聚之肿块、结节称为痰核、痰包、痰块和窠囊等^[19],其具体属于那种需要仔细分辨。首先,按照痰的基本特点可大致分为两类:一为咳吐咳咯而出,称外痰或狭义之痰;一为停滞积聚在机体上下内外、五脏六腑、四肢百骸、气血经络中的病理产物即广义之痰或称内痰^[20]。显然,恶性肺结节应属后者,即属于内痰。其次,按其虚实属性来说,应该属于“虚痰”。其一,从发病特点与治疗难易程度来说,张景岳有“实痰本不多,其来也骤,其去也速,其病亦易治,何也?以病本不深也,虚痰反多甚,其来也渐,其去也迟,其病也难治”。其二,从其发生与脏腑关系来说,“五脏之病,俱能生痰……故痰之化无不在脾,而痰之本无不在肾”,后世医家也有痰源于肾、动于脾、贮于肺之说。临床流行病学研究也发现,随着年龄的增长,恶性肺结节发生率明显升高^[21],按照中医随年龄增加,脾肾功能逐渐衰弱的规律分析,随脾肾功能衰弱,虚痰增加,和张景岳“或以形羸气弱,年及中衰者,即虚痰也”,其结果具有一致性。所以根据肺结节病位较深、其来渐、其去迟、病也难治,随年龄增加、脾肾功能减弱、发病增加等符合“虚痰”的特征,可初步推断恶性肺结节属于内痰虚痰。再次,肺结节的特点与古人描述的“窠囊”相似。《寓意草》具体描述了窠囊之痰“至于窠囊之痰,如蜂子之穴于房中,如莲子之嵌于蓬内,生长则易,剥落则

难”，“而肺中之窠囊，实其新造之区，可以侨寓其中，转使清气逼处不安，亦若为乱者然”；《张氏医通》描述了窠囊或遇感而发的特点“血肉之味，酝酿为痰为火，变动为咳为喘。其在平居无恙之时，贮积窠囊之中，或时有所触发”；《类证治裁》“痛犹通连气血，不痛则另结窠囊”。临床观察，肺结节患者临床症状较少，恶性结节可遇感染等因素而快速生长，具有“平居无恙，时有触发”的特点，且其形态与《寓意草》描述十分相近，其治疗也像“窠囊”一样非一般药物所能消除，如喻昌所言“任行驱导涤涌之药，徒伤他脏，此实闭拒而不纳耳，岂但窠囊之中，痰不易除”，故可按“窠囊”理论对肺结节进行认识。综上，肺结节属内痰虚痰，并闭拒于窠囊之中，非一般药物可以清除。

2.2 病因 明确了肺结节属藏匿于窠囊之中的内痰虚痰之后，下文重点讨论内痰虚痰及窠囊产生的原因。中医“痰、饮、水、湿”概念相近，除湿还可纳入六淫之邪外，均属人体在致病因素作用下所产生的非正常液性物质，水饮湿痰同出一源，稍有差异，如《诸病源候论》所言“痰者，涎液结聚，在于胸膈；饮者，水浆停积，在膀胱也”“稠者为痰，稀者为饮”“积水成饮，饮凝成痰”，总属湿病范畴。其形成原因及病机可进行如下归纳：1) 外感六淫：中医早就认识到外界环境可以导致体内“痰病”的发生。《素问·至真要大论》“岁太阴在泉……民病饮积”；“太阴之胜，饮发于中”；“太阴之复，饮发于中”；《素问·五常政大论》“太阴司天……湿气变物……水饮内蓄”；《素问·六元政纪大论》“少阴司天……四之气……民病饮发”；外感之邪尤可致痰，如《医学入门》“风痰，外感贼邪…寒痰，因形寒饮冷……湿痰，或外感湿滞”，“痰者，津液所化，风伤肺，湿伤肺，凝浊而生”；《景岳全书》“风寒之痰，以邪自皮毛，侵袭于肺，肺气不清乃至生痰”。现在随着环境的改变，造成恶性肺结节的可能已不止六淫之邪，具有“湿邪”特点但又不完全当做“湿邪”看待的雾霾也被看做是恶性肺结节的病因之一，研究证实，长期暴露于雾霾是肺癌发生的危险因素^[22]。说明外界环境或气候因素是肺部产生内痰的因素之一。2) 七情之偏：认识情绪变化和内痰的关系是中医一大特色。《儒门事亲》“饮之所得……有愤郁而得之者，有思虑而得之者，夫愤郁而不得伸，则肝气乘脾、脾气不化，故为留饮”；《丹溪心法》“假如痼病，因惊而得，惊则神出窍，窍空则痰生”，赵养葵说“七情内份，郁而生痰”，李用粹“惊怒忧思，痰乃生焉”，李梴更加明确

的指出“为痰为积本七情”，说明人体内环境的改变时“内痰”产生的根本原因，情绪的变化是导致内环境紊乱的重要因素。3) 五味之厚：刘完素谓“酒性大热而引饮冷，冷与热凝于胸中不散而成湿，故痰作矣”。《医学入门》“热痰因厚味积热……食痰因饮食不化”，“痰饮……皆因饮水及茶酒停蓄不散，再加外邪、生冷、七情相搏成痰”，《诸病源候论》“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水积聚而不消散，故成痰也”。《儒门事亲》“积水则生湿，停酒则生燥，久则成痰”。古代医家已认识到由于饮食不慎，可导致体内水液聚集于局部而形成痰湿。4) 房劳：《景岳全书》“或以忧思，酒色致成劳损，非风卒厥者，亦虚痰也”，说明劳损是导致“虚痰”产生的重要因素之一。

2.3 病机 内痰的病机与气的运行、五脏、三焦的功能失常有关；窠囊的形成与痰挟瘀有关。1) 古人认为内痰是体内正常存在的体液不能正常运行代谢而出现，与自身气的运行密切相关，并非外来所得。柯韵伯“痰属湿，为津液所化。盖行则为津，聚则为痰，流则为津，止则为涎。其所以流行聚止者，皆气为之也”；《诸病源候论》提出痰饮病的发生由于“气脉闭塞，津液不通”。朱丹溪提出“气积成痰、气逆成痰、气滞成痰、气虚成痰”。《济生方》“调摄失宜，气道闭塞，水饮停于脏腑，结而成痰”；《证治要诀》“痰饮者，多因气道闭塞，津液不通”。《本草问答》“盖痰即水，水即气之所化也，无一病不关乎气，故无一病不关乎痰”；王珪《泰定养生主论》认为“髓、脑、涕、唾、精、津、气、血、液，同出一源，而随机感应，故凝之则为败痰。痰者，湿类也”。《景岳全书》“痰之作，必由元气之病……正以元气不能运化，愈虚则痰愈盛也”，由上可以看出，内痰的产生是由于气机不调或元气虚弱，导致正常体液停聚而成。2) 内痰的生成与五脏、三焦病变相关，《素问·至真要大论》“诸湿肿满皆属于脾”，《医学正传》“肺气郁则成热，热盛则生痰”，《明医杂著》“痰因火上，肺气不清，咳嗽时作，及老痰郁痰结成黏块，凝辘喉所，吐咯难出，此痰皆因火邪炎上，熏于上焦，肺气被郁，故津液之随气而生者，为火熏蒸，凝浊郁结而成，岁月积久，根深蒂固，故名考、名郁，而其原则火也，病在上焦心肺之分，咽喉之间”。《景岳全书》“惟是元阳亏损，神机耗散，则水中无气，而精凝血败，皆化痰耳”，《医学从众录》对痰病与五脏病的关系做了归纳，“王节斋曰：痰之病水也，原于肾，痰之动，湿也，主于脾，余又从而续之曰：痰之成，气也，贮于肺，此六语堪为痰病之纲领，大抵脾肺辨其虚实，肾脏辨其水火。肺实

者,肺有邪也,若非寒邪,即是火耳。肺虚者,本脏自虚,治节不行而痰聚之……脾土太过,气辖郁热而生痰,脾土不足,食久化迟而生痰……肾虚不能利水,则水不归根,上泛溢而为痰……阴虚火动,则水沸动于肾……水随波涌而为痰”。《医学实在易》提出痰饮与三焦相关,“痰饮之病源曰水也。经云:三焦者,决渎之官,水道出焉,设三焦失,因之聚成痰饮”。朱曾柏等人在上述理论的基础上提出“肝生痰”“心生痰”的概念^[23-24],说明五脏及三焦气机失常,均会导致内痰的产生。4)至于其蓄积成瘤或成窠囊之疾,《灵枢·刺节真邪》有“有所结,气归之,津液留之,邪气中之,凝结日以易甚,连以聚居,为昔瘤”,《灵枢·百病始生》“汁沫与血相搏,则并合凝聚不得散,而积成矣”,《外科医案汇编》“人之精液,灌注肌肉、经络筋骨之间,如天地之水无为不及,遇隙而入,遇壅即归,一有壅滞阻而不行,静脉涩而不通,卫气归之不得复反,肌肉、经络、骨节、骨空等处,一有空隙之处,津液乘虚渗入……蓄则凝结为痰”。朱丹溪认为窠囊形成是“自气成积,自积成痰,痰夹瘀血,遂成窠囊”,说明长期的内痰积聚,或与血相搏才可成积成瘤。

2.4 病位 从肺结节实际位置上可暂定病位在肺脏,但肺有气血、表里、经络,其具体定位,笔者认为当在肺络血分,原因如下:1)肺络是现实存在的。如《灵枢·经脉篇》“经脉十二者,伏行分肉之间,深而不见…诸脉之浮而常见者,皆络脉也”,按照中医基础定义,络脉是经脉支横别出的分支,包括别络、浮络、孙络、五脏六腑之络。2)痰饮积聚之病与络脉有关。如《类证治裁》“若营气自内所生诸病,为血为气,为痰饮,为积聚,种种有形,势不能出于络外,故经盛入络,络盛返经,留连不已”,终致“痰夹瘀血,遂成窠囊”。3)络脉之病为血分病。叶天士认为“络中乃聚血之地”,肺络病和一般的外感疾病过程不同,即不是由络——经——脏腑发展,遵叶天士络病理论,肺络病是由脏——腑——经——络发展而来,即首先出现脏腑气机的失调,经络气机流动紊乱,因而“络气还经”的过程受阻,出现络脉瘀闭,而并在血分。肺结节正是由于各种因素,导致五脏、三焦、经络之气的运行失常,导致津液不能正常运行而成“内痰”,日久影响络中之血,而出现“夹瘀血”的窠囊之势,故而肺结节病的病位应位于肺络血分。

2.5 治则治法探讨 通过中医的辨证论治,花宝金教授应用以下诸法,可有效控制肺结节或肺磨玻璃

影进展,部分病例可使结节消失,达到临床治愈的目的。

2.5.1 通透窠囊、直达病所 前以论及,窠囊之痰并非一般药物所能去除,正如《寓意草》言“任行驱导涤涌之药,徒伤他脏,此实闭拒而不纳耳。究而言之,岂但窠囊之中,痰不易除。即肺叶之外,膜原之间,顽痰胶结多年,如树之有萝,如屋之有游,如石之有苔,附托相安”,古代文献中已提出通透窠囊的药物,主要包括祛痰、活血、祛水的药物,其中祛痰药有苍术、白术、白芥子、竹沥和姜汁,如《古今医鉴》“苍术发汗宽中,导窠囊积饮”;《本草蒙筌》论白术“消痰结窠囊”;《本草求真》白芥子有祛痰以“无阻隔窠囊留滞之患矣”;《时方妙用》“以竹沥姜汁可以透窠囊也”。活血化瘀药有五灵脂,如《神农本草经疏》论五灵脂“凡心胸血气刺痛……及痰挟血成窠囊……所必须之药”;祛水药包括甘遂、大戟、芫花,如《本草纲目》记载甘遂、大戟、芫花能“直达水饮窠囊隐僻之处”均对窠囊之痰饮有祛除作用。但治病求本,仍需改善生痰之本,正如陈念祖所说“内之浊痰,荡涤虽为得法,又必于潜伏为援之处,断其根株”,所以治内痰仍为治本之法。

2.5.2 调补脏腑、消除内痰 首先,调理脏腑气机、恢复正常气机升降,改善痰浊体质是治内痰之本^[25-26]。朱丹溪曰“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随之而顺矣”;“治痰者,实脾土,燥脾湿是治其本”。又由于五脏及三焦都可生痰,根据其具体的受病脏腑不同而施治,正如张介宾所言“痰之为病,必有所致之者,如因风因火而生痰者,但治其风火,风火息而痰自清也,因虚因实而生痰者,但治其虚实,虚实愈而痰自平。故内经之不言痰者,正以痰非病之本乃病之标耳”。由于肺结节为虚痰,不可用过消痰之药,如朱丹溪所说“大凡治痰用利药过多,致脾气虚,则痰易生而多”,花宝金教授治疗肺结节重在调补脏腑气机使痰不生,而兼以缓消窠囊之痰,多用沙参、麦冬、桔梗、苏梗、半夏和陈皮等。

2.5.3 通络祛瘀,条畅经隧 窠囊的形成与痰瘀密切相关^[27],有“痰夹瘀血,遂成窠囊”之说,这为祛瘀法的应用奠定了基础,除此之外,王珪在《泰定养生论》中说“痰乃败津结实之形,窒碍朝会隧道,气不流畅”,而《素问·调经论》“五藏之道,皆出于经隧,以行血气,血气不和,百病乃变化而生,是故守经隧焉”说明一但形成了窠囊之痰瘀,经隧必然不畅,只祛痰瘀,不通经隧,其效果并不能持久,结合其病位在络,故应结合通络之法。根据叶天士“辛散横行入

络”“非辛香无以入络”“大凡络虚,通补最宜”及“络以辛为泄”的理论,及络脉“易滞易瘀”“易入难出”“易积成形”的特点,有活血化痰通络、理气化痰通络法、活血化瘀通络法的不同。另外,叶氏还创立了“辛润通络”及虫蚁搜剔通络之法治疗络病,有“飞者升,走者降,灵动迅速,追拔沉混气血之邪”及“搜剔络中混处之邪”的效果^[28-30],应参考应用。

2.6 用药探讨

2.6.1 中药制剂及服法探讨 由于该病病位在上,中医有“补上治上制以缓”的原则,往往在现代用药中被忽视。古人用药十分讲究,如礞石滚痰丸服法“大抵服药,必须临睡就床,用熟水一口许,只送过咽,即便仰卧,令药在咽膈间徐徐而下,多半日不可饮食汤水,及不可起身坐行言语,直候药丸除逐上焦痰滞恶物过膈如入腑,然后动作,方能中病”。王珪亦有“遂取其前所服一药,以汤为散,变散为丸,因获大效”的记载,所以针对窠囊之痰结踞在上焦的肺结节病,应用丸药,睡前口服后仰卧可能会起到较好的疗效^[31]。

2.6.2 用药禁忌 1)不可过于补阴滋腻。朱丹溪等多位医家已明确提出治痰药的禁忌:治疗痰病立法组方注意不能滋腻、滞腻、酸收、寒凝,一般不要过用补气补阴,以免闭气留邪,滋腻助痰^[32]。2)不可过于攻邪。由于本病为“虚痰”,如《景岳全书·杂证谟》:“不可攻者,便是虚痰”。所以本病不可过用涤痰消痰之品,花宝金教授治疗此病阳气虚寒痰者用生黄芪、炒白术、茯苓、半夏、陈皮等加味,气虚热痰者用山药、扁豆、沙参、杏仁、茯苓、陈皮、神曲等加味,时时顾护正气,防止虚痰再生才是根本。

3 结论

肺结节属于中医虚痰挟瘀成窠囊之病,病位在肺络血分,其产生与元气虚弱,五脏及三焦的气化功能失常有关,日久可成积成瘤。肺结节的治疗应分为三部分:通透窠囊、调补脏腑及通络祛瘀,其中以调补脏腑功能,防止虚痰内生为主,透囊通络祛瘀为辅,时时顾护正气。肺结节治疗用药方面应注意“补上治上治以缓”的原则,丸药睡前口服似乎更适合该病,其疗效有待进一步临床观察。另外防止过于滋腻、滞腻、酸收、寒凝和补阴药物,以防助痰。

参考文献

[1] Wahidi MM, Govert JA, Goudar RK, et al. Evidence for the treatment of patients with pulmonary nodules: when is it lung cancer?: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition) [J]. Chest, 2007, 132(3 Suppl): 94S-107S.

[2] 王俊, 刘彦国. 肺内小结节的诊治现状、问题和方向[J]. 中华胸

心血管外科杂志, 2012, 28(7): 385-386, 389.

[3] Kikano GE, Fabien A, Schilz R. Evaluation of the Solitary Pulmonary Nodule[J]. Am Fam Physician, 2015, 92(12): 1084-1091.

[4] Heuvelmans MA, Oudkerk M. Management of subsolid pulmonary nodules in CT lung cancer screening[J]. J Thorac Dis, 2015, 7(7): 1103-6.

[5] 张晓春, 赵静静, 戴小军. 中医治未病理念在肿瘤防治中的运用体会[J]. 江苏中医药, 2015, 47(5): 5-7.

[6] 李忠, 刘耀, 李洁, 等. 中医肿瘤学科现状分析与发展思路[J]. 中医学报, 2010, 25(1): 10-16.

[7] 张英, 侯炜, 林洪生. 中医药治疗恶性肿瘤临床研究成果与思考[J]. 中医杂志, 2014, 55(6): 523-525.

[8] Jeong YJ, Yi CA, Lee KS. Solitary pulmonary nodules: detection, characterization, and guidance for further diagnostic workup and treatment [J]. AJR Am J Roentgenol, 2007, 188(1): 57-68.

[9] Austin JH, Müller NL, Friedman PJ, et al. Glossary of terms for CT of the lungs: recommendations of the Nomenclature Committee of the Fleischner Society[J]. Radiology, 1996, 200(2): 327-331.

[10] 杨德松, 李运, 刘军, 等. 孤立性肺结节直径大小与临床及病理关系的初步研究[J]. 中国肺癌杂志, 2010, 13(6): 607-611.

[11] Henschke CI, Yankelevitz DF, Mirtcheva R, et al. CT screening for lung cancer: frequency and significance of part-solid and nonsolid nodules[J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 178(5): 1053-1057.

[12] 中国抗癌协会肺癌专业委员会. 孤立性肺结节的处理[J]. 循证医学, 2009, 9(4): 243-246.

[13] 黄宇清, 杨德松, 刘彦国, 等. 162例表现为孤立性肺结节的肺癌延误诊治的临床分析[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2012, 28(7): 390-393.

[14] Wood DE. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines for Lung Cancer Screening [J]. Thorac Surg Clin, 2015, 25(2): 185-197.

[15] Slatore CG, Horeweg N, Jett JR, et al. An Official American Thoracic Society Research Statement: A Research Framework for Pulmonary Nodule Evaluation and Management [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2015, 192(4): 500-514.

[16] Hasegawa M, Sone S, Takashima S, et al. Growth rate of small lung cancers detected on mass CT screening [J]. Br J Radiol, 2000, 73(876): 1252-1259.

[17] 郑凯. 论中医痰病学说对临床的指导意义[J]. 天津中医学院学报, 2004, 23(1): 10-11.

[18] 潘桂娟. 论中医“痰病”的临床特征[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(9): 1183-1185.

[19] 张年顺. 痰病钩玄——对3部中医权威辞书有关“痰”词条的研究[J]. 山东中医药大学学报, 2004, 28(2): 86-89.

[20] 魏永生. 浅谈中医痰病学的形成和发展[J]. 新疆中医药, 2014, 32(4): 1-3.

[21] 于瀚宇, 尹志伊, 徐峰, 等. 青岛地区肺团块或肺结节患者的病因调查及分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2016, 5(5): 151-152.

[22] Shi X, Liu H, Song Y. Pollutational haze as a potential cause of lung cancer [J]. J Thorac Dis, 2015, 7(10): E412-E417.

胆泻肝汤加减。4)清肝泻火法:本法用于肝火上炎,火扰清窍头痛者。证症见头胀痛,伴有头晕耳鸣,或突然耳聋,或两目赤肿,急躁易怒,胁肋灼痛,口苦,不寐,或噩梦纷纭,面红目赤,大便秘结,尿少色黄,舌红苔黄,脉弦数。方用当归芦荟丸加减。5)平肝潜阳法:本法用于水不涵木,阴不敛阳,阳气暴张,上冲脑窍而致头痛。证症见偏于两侧头痛,伴眩晕,心烦易怒,睡眠不宁,或兼胁痛,面红,口苦,舌红,苔黄,脉弦数。方用羚羊钩藤汤加减。6)镇肝熄风法:本法用于肝肾阴亏,阳亢风动,或因机体伤津耗液,筋脉失养引起风动内窜,脑窍不利所致的头痛。证症见头部胀痛、窜痛、跳痛,伴目胀耳鸣,眼目眵动,四肢筋惕肉瞤,或肢体麻木,口燥咽干,舌质红或红绛,苔少而干,脉细弦数。方用镇肝熄风汤加减。7)温肝降逆法:本法用于肝经寒气上逆于脑,导致络脉凝滞不通之头痛。证症见头痛喜温,畏风伯冷,常欲蒙被而睡,面容黯淡,伴见呕吐清涎黏沫,四肢不温。脉细弦或沉紧,舌苔白滑。方用吴茱萸汤加减。8)滋养肝血法:本法用于因大病、失血之后,肝血虚不能上荣于脑窍之头痛。证症见头痛绵绵,兼有晕眩,乏力,面色不华,大便干,妇女月经不调甚则闭经,口唇、爪甲色淡,舌质色淡,脉细弱或细涩。方用加味四物汤。9)柔肝滋

肾法:本法用于肝肾阴虚,精血不能上荣于脑,虚风内动,上扰清窍而致的头痛。证症见头部隐痛绵绵而胀,或头脑空痛,伴有眩晕,耳鸣,两目干涩,腰膝酸软,口燥咽干,舌质红,苔少而干,脉细弦数。方用杞菊地黄丸加减。

7 小结

头痛在临床上分为外感头痛和内伤头痛,内伤头痛病机复杂,其中肝与头痛关联尤为密切。足厥阴肝经在经络循行上与头脑密切相连;肝之“风”性易上侵入头脑而致头痛;肝失疏泄,肝气上逆脑窍,脑神扰乱,而致头痛发生;肝血不藏,脑窍失养,而致头痛。在治疗上从以下几方面调治肝来治疗头痛:1)疏肝理气法;2)疏肝通络法;3)疏利肝胆法;4)清肝泻火法;5)平肝潜阳法;6)镇肝熄风法;7)温肝降逆法;8)滋养肝血法;9)柔肝滋肾法。

参考文献

[1]元·罗天益.卫生宝鉴[M].北京:中国中医药出版社,2007:100.
 [2]明·许浚.东医宝鉴[M].太原:山西科学技术出版社,2014:33.
 [3]明·张景岳.质疑录[M].南京:江苏科学技术出版社,1981:5.
 [4]宋·陈自明.妇人大全良方[M].北京:人民卫生出版社,1985:119.
 [5]秦伯未.谦斋医学讲稿[M].上海:上海科学技术出版社,1978:175.

(2016-12-29 收稿 责任编辑:张雄杰)

(上接第 2705 页)

[23]邱勇飞,古继红.从五脏相关浅谈肝生痰[J].黑龙江中医药,2010,32(2):3-4.
 [24]朱曾柏.五脏生痰之探讨[J].新中医,1983,24(7):22-24.
 [25]刘瑞,花宝金,侯炜.从气机升降学说论肿瘤治则[J].北京中医药大学学报,2014,37(12):802-804.
 [26]潘桂娟.论中医“痰病”的预防与治疗[J].中华中医药杂志,2009,24(10):1322-1324.
 [27]杜松,胡镜清,卢红蓉.论窠囊[J].环球中医药,2015,8(8):930-934.
 [28]张晓哲,方朝义.从《临证指南医案》探析叶天士对络病的认识

及治法[J].天津中医药,2014,31(5):284-285.
 [29]李长香,刘原君,朱文翔,等.络病学说的4次大发展[J].中医药导报,2014,20(11):1-3.
 [30]刘翀羽,年莉.叶天士络病理论研究[J].天津中医药大学学报,2009,28(3):116-119.
 [31]王珪.中医非物质文化遗产临床经典读本·秦定养生主论[M].北京:中国医药科技出版社,2012:108-116.
 [32]朱曾柏.论中医痰病学说[M].武汉:湖北人民出版社,1981:31-32.

(2016-04-05 收稿 责任编辑:王明)