

基于动态思维探讨肺结节诊治中的病机与病势

张兴涵¹ 于明薇¹ 陈芋屹² 任俊逸¹ 游佳凤¹ 刘梓桑¹ 杨雯靖¹ 杨国旺¹

(1. 首都医科大学附属北京中医医院肿瘤科, 北京 100010; 2. 北京中医医院顺义医院肿瘤科, 北京 101319)

【摘要】肺结节为动态演变的疾病, 在“动态思维”的指导下, 结合现代医学影像学的动态改变, 识别病理因素的动态演变, 从病势和病机角度进行辨治。肺结节的病机根本为气、血、水的改变, 应顺其病势而治, 包括“先其时而治, 截断扭转”“辨别体质之偏颇, 审病度势”“动态评估正邪态势, 定势顺逆”3个方面, 这是基于肺结节病机与病势辨治的动态思辨过程。

【关键词】动态思维; 病机; 病势; 肺结节

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.04.018

肺结节是指肺内直径 ≤ 3 cm的类圆形或不规则形病灶, 影像学表现为密度增高的阴影^[1]。目前, 西医的治疗策略常根据结节的良恶性概率分为积极干预和随访观察, 前者包括外科手术、消融等治疗手段; 后者通过定期复查, 主要指影像学检查, 对结节进行监测管理。肺结节是动态演变的病变, 影像学随访对结节进行动态评估与“动态思维”的理念不谋而合, 肺结节的病机和病势特点与“动态思维”相契合。笔者以“动态思维”理念为指导, 探讨动态评估肺结节病机与病势的诊疗思路, 为临床准确判断结节的病机病势、正确选方用药提供帮助。

1 “动态思维”内涵

中医的动态思维即恒动观念, 是指运用运动的、变化的、发展的理念观察、分析、研究机体生命活动规律和疾病^[2]。“动态思维”源于《周易》, 后在《黄帝内经》中进一步凝练, 指导中医临证。《周易》中的独特思维方式和哲理对中医理论的形成和发展有着深刻的影响^[3]。《周易》中多处体现出“动态思维”理念, 如“生生之谓易, 成象之谓乾, 效法之谓坤”“阖户谓之坤, 辟户谓之乾, 一阖一辟谓之变”等, 强调了以变化发展的眼光看待事物。张景岳在《类经·医易义》中指出: “《易》者, 易也, 具阴阳动静之妙; 医

者, 意也, 合阴阳消长之机”。《素问·六微旨大论篇》提出: “夫物之生从于化, 物之极由乎变, 变化之相薄, 成败之所由也……成败倚伏生乎动, 动而不已, 则变作矣。”后世医家在此基础上进行发挥, 如范冠杰基于传统的“动态思维”提出“动一定序贯八法”^[4], 临床应用于糖尿病、哮喘等多种疾病^[5-6]。基于肺结节的影像学表现与内在病机存在一定的相关性^[7], “动态思维”可用于指导肺结节的诊治^[8], 本文提出肺结节病机与病势指导下的动态思辨法则与治疗理念。

2 肺结节的病机及病势

2.1 肺结节的中医病机

目前, 学术界对肺结节病机的认识不尽相同, 究其根本, 离不开气、血、水三者的变化, 阳虚、气虚、气滞会导致气化功能失调, 再加之水湿、痰浊、瘀血等因素交融, 甚至出现癌毒凝聚, 导致了肺结节的发生与发展^[9-13]。

2.2 肺结节的传变之势

病势是中医学特有的概念, 是中医学的恒动观和整体观的综合体现^[14]。包括发病轻重缓急之势、病情发展传变之势、气机升降出入逆乱之势等^[15]多种观点。基于动态思维理念, 肺结节的病势指病情传变之势, 是对疾病预后转归的判断, 疾病向愈则肺结节生长停滞甚至消散, 疾病深入

基金项目:国家自然科学基金面上项目(82174453); 中华中医药学会青年求实项目(2021-QNQS-07)

作者简介:张兴涵, 男, 26岁, 硕士。研究方向: 中西医结合防治恶性肿瘤。

通信作者:杨国旺, E-mail: guowang_yang@163.com

引用格式:张兴涵, 于明薇, 陈芋屹, 等. 基于动态思维探讨肺结节诊治中的病机与病势[J]. 北京中医药, 2024, 43(4): 413-416.

则邪气结聚甚至结节恶变。

3 “动态思维”与肺结节病机及病势的联系

3.1 “动态思维”核心在于阴阳之动

阴阳二气之间的相互作用是“动静观”的物质基础, 阴阳的恒动变化是“动态思维”的重要组成部分^[4]。《说文解字》引《秘书》云:“日月为易, 象阴阳也”;《周易》中“易”的核心正是阴阳的恒动变化;《素问·阴阳应象大论篇》有“阴阳者……变化之父母”的阐述。《素问·六微旨大论篇》曰:“夫物之生从于化, 物之极由乎变, 变化之相薄, 成败之所由也……成败倚伏生乎动, 动而不已, 则变作矣。”肺结节是动态的病变, 结节的发生与发展是气、血、水的逐步异常所致。气为阳, 血、水为阴, 故气、血、水的变化是阴阳之动的体现。阴阳互根互用, 气、血、水三者密不可分, 气之异常会导致血和水的代谢失衡, 唐容川有言“病血者未尝不病水, 病水者未尝不病血”, 故血、水二者为同源互累之物^[16], 同样血、水的异变又会促进气的失常, 气、血、水代谢失常导致结节的发生乃至恶化。

腺癌是恶性肺结节最常见的病理类型, 目前, 临床上公认的肺腺癌发展趋势为不典型腺样增生-原位癌-微浸润性腺癌-浸润性腺癌, 同时结节的密度与病理类型具有高度的相关性^[17]。在肺结节的不同影像阶段, 其病理因素应有所区分, 从纯磨玻璃密度结节开始, 结节密度逐渐增加与病灶侵袭程度逐步升高密切相关^[18], 这也是病理性水液从稀到稠, 病变程度从轻到重的过程, 表现出痰湿-痰浊-痰瘀-癌毒的渐进性改变^[8]。

3.2 “动态思维”引导下的肺结节病势观

肺结节的病因多样, 其发病机制尚不明确, 其中恶性肺结节可表现出纯磨玻璃结节-部分实性密度结节-实性结节的发展变化, 结节密度的变化是评估良恶性的重要依据。故应将“动态思维”应用于肺结节临床诊治, 分阶段认识病变。“动态思维”贯穿了疾病的病程始终, 对预测病情变化及预后具有指导意义, 是“整体观念”的延伸, 是传统中医思维在现代疾病中应用的具体化; 动态思维离不开“辨证论治”, 动态思维强调对每一阶段搜集的“证”进行动态分析、评估。此外还要结合“辨病论治”“辨体论治”^[8]。临床上肺结节患者常无特征性临床表现, 依靠传统的“辨证论治”可能会出现无证可辨的情况, 结合“动态思

维”, 借助现代科学技术如实验室检验、影像学检查等, 能更有效、实时地获取信息, 为患者选择适合的治疗思路和策略, 判断疾病消散或结聚的传变之势。

针对治疗后结节体积、密度增加的恶性结节, 需增大用药剂量且酌加抗癌解毒的中药, 以阻断其结聚之势; 若经治疗结节体积、密度减小, 此类结节多为良性, 或处于癌前病变的极早期阶段, 可综合患者影像学表现、体质、症状及心理状态等各种因素, 选择继续使用中药或渐停中药改为定期随访监测。

4 基于肺结节病机与病势的动态思辨

4.1 先其时而治, 截断扭转

《医学源流论》曰:“故善医者, 知病势之盛而必传也, 预为之防, 无使结聚, 无使泛滥, 无使并合, 此上工治未病之说也。”医者可根据病势传变的规律, 遣以相应的预防手段, 先期而治, 防微杜渐, 预防疾病的发生、恶化或复发。在肺结节的诊疗中, 应着眼于防治恶变, 肿瘤标志物水平升高、或结节增大、实性成分持续增多、或结节出现恶性CT征象者, 考虑恶性可能性大, 治疗时酌加龙葵、半枝莲、石见穿、金荞麦等抗癌解毒以截断病情进展, 扭转邪毒深入之态势。

4.2 辨别体质之偏颇, 审病度势

肿瘤微环境是目前医学研究的热点。有别于正常的组织和细胞的微环境, 异常微环境中表现出组织缺氧和酸中毒、间质高压形成等特性, 对于肿瘤的发生发展有重要影响^[19]。中医学认为, 体质对疾病发生发展具有重要作用, 气虚、阳虚、阴虚、气郁、痰湿体质是结节的好发人群^[20-23], 其中阳虚、气郁、气虚质可能是恶性肺结节的好发体质^[24]。正如种子与土壤的关系^[25], 调和人体体质这一土壤有利于结节的向愈, 故治疗以调和患者偏颇体质为期。气虚质患者以肺脾气虚多见, 参以补中益气汤或四君子汤之法, 并保持适当运动; 痰湿质患者治以健脾化湿、散结消肿为要, 可选半夏厚朴汤、二陈汤加味, 并少食肥腻甘味; 对于气郁质者, 需疏肝理气、开郁散结, 以小柴胡汤或柴胡疏肝散加减, 同时予以相关疾病科普及生活调护, 包括饮食、心理情志和运动等, 疏导患者焦虑抑郁情绪。

4.3 动态评估正邪态势, 定势顺逆

肺结节辨治应动态监测肺结节的体积、密度

(即CT值)、形态等。肺结节的影像学表现显示密度逐渐上升,即“磨玻璃结节-部分实性结节-实性结节”的转变提示邪气增加,是“痰湿-痰瘀-癌毒”的转化过程^[8, 26],临床诊治时中医“动态思维”起着重要作用。治疗磨玻璃结节多以益气化痰、祛湿散结为主,选用黄芪、白术、茯苓、炙甘草、半夏、陈皮、浙贝母、远志、连翘等药,伴咳声剧烈、黄痰、口干口苦、欲饮冷、发热等热象者加冬瓜子、芦根、鱼腥草、桑白皮、地骨皮等清热化痰;随着结节的密度增加酌加制南星、皂刺、海藻等以加强化痰浊、散结聚之功;若结节实性成分持续增加,加莪术、水蛭等活血化瘀之品;若结节恶性可能大,加金荞麦、石见穿、半枝莲、龙葵攻癌解毒。通过对患者正邪之势的评估,斟酌攻补之缓急和偏颇以顺势而治。

5 病案举例

患者,男,63岁,2021年5月27日初诊。主诉:发现右肺下叶微小结节3月余。患者就诊前3个月进行新型冠状病毒肺炎筛查发现肺部微小结节。2021年3月于北京协和医院行肺部高分辨CT提示:右肺下叶后基底段部分实性结节,直径约6.2 mm,右肺下叶微小结节;2021年4月于北京协和医院复查CT提示结节约8 mm×11 mm,较前片略饱满。刻下症见:右侧肢体畏寒,偶有右胸部疼痛,偶有咳嗽、咳痰量少,口唇干,纳眠可,二便调。舌暗红,苔薄白,脉弦数。西医诊断:肺诊断性影像学异常(肺结节);中医诊断:肺积,气滞痰凝证;治法:益气化痰、理气散结;方药组成:桂枝12 g,赤芍15 g,干姜6 g,大枣15 g,炙甘草10 g,茯苓15 g,炒白术15 g,浙贝母15 g,生黄芪30 g,皂刺10 g,连翘15 g,蒲公英15 g,陈皮12 g,姜半夏12 g。14剂,1剂/d,水煎温服,早晚各200 mL。

2021年6月10日二诊:咳嗽较前减少,仍右侧肢体畏寒、唇干,余无不适,处方上方加防风12 g、苏木12 g。18剂,煎服法同前。

2021年7月29日三诊:右侧肢体畏寒较前好转,舌红苔薄白,脉弦略滑。2021年7月19日北京协和医院复查肺部CT提示:右肺下叶后基底段结节约5 mm×8 mm,边界不清,余大致同前。以上方去蒲公英,加龙葵20 g、半枝莲20 g、制天南星15 g、蜜桑白皮20 g、桔梗15 g。18剂,煎服法同前。后患者于我处定期随诊,未诉明显不适。

2021年11月18日四诊:患者受寒后易鼻塞、打喷嚏、流清涕,偶有咳嗽,少量白痰。舌红,苔薄白,脉弦紧。2021年11月16日我院复查胸部CT提示右肺下叶后基底段结节直径约6 mm(AI分析大小为5.2 mm×3.9 mm),界不清。方药组成:生黄芪40 g,炒白术20 g,防风15 g,桂枝12 g,赤芍15 g,姜半夏15 g,五味子10 g,浙贝母15 g,皂刺10 g,莪术15 g,连翘15 g,炙甘草12 g,陈皮12 g,海藻15 g,金荞麦20 g,蜜桑白皮20 g,芦根20 g,生薏苡仁30 g,山慈菇12 g。18剂,煎服法同前。

2021年12月9日五诊:受寒后不适症状较前好转,偶有咳嗽,少量白痰,舌红,苔薄白,脉弦。处方以前方去桑白皮加石见穿20 g。18剂,煎服法同前。

按:本案患者发现肺部多发结节,主病灶持续增大,且表现为部分实性结节,乃邪盛之势,病势属逆。综合患者四诊信息,判断其病机累及气、血、水,在气为气虚、气滞,在血为血瘀,在水为津液代谢障碍而成痰湿、痰浊,治法当兼顾补气、理气、活血、化痰、祛湿。初诊时治以黄芪桂枝五物汤通行血脉、调和营卫,合用茯苓、炒白术健脾祛湿,浙贝母、皂刺、连翘化痰散结,陈皮、姜半夏、蒲公英理气化痰。另随症加减,右侧肢体畏寒、咳嗽咳痰等症均有改善。2021年7月复查肺部CT提示主病灶较前缩小,但仍有残留,病势向顺,考虑到患者病灶曾在1个月内增长明显,故于方中加入龙葵、半枝莲攻癌解毒,合用制天南星加大化痰之力。2021年11月复查肺部CT提示结节较前虽继续缩小,仍未消散,综合影像学表现考虑病灶处于癌前病变或癌症早期阶段,故处方中加莪术破血消积,加海藻合甘草有相反相用之意,使方中含海藻玉壶汤之意,化痰散结;并加入金荞麦、山慈菇、石见穿等药加大攻癌解毒之力。患者既往右侧肢体畏寒,体质偏寒、偏郁,故选方用药整体以温、散、通为主,后续方药调整是基于对患者病势的把握,来源于四诊及影像学检查动态监测的综合考量,最终达到病灶缩小、症状缓解、体质改善的目的,延缓甚至扭转了邪毒深入之病势,即基于对动态思维的认识,运用“病机-病势”辨证思路给予患者中医药干预。通过影像学检查显示肺结节减小,但因患者自行停用中药,病势渐逆。

参考文献

- [1] 张晓菊,白莉,金发光,等.肺结节诊治中国专家共识(2018 年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2018,41(10):763-771.
- [2] 何裕民.略论恒动观念[J].中医药学报,1987,15(3):3-6.
- [3] 程涛,田广芳.中医方剂学中的《周易》思想[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(13):297-298.
- [4] 符宇,范冠杰,黄皓月,等.中医原创思维之“动态思维”[J].中医杂志,2018,59(3):181-184.
- [5] 梁庆顺,段力,范冠杰,等.基于“动-定序贯八法”谈哮喘病辨证论治[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(8):1163-1164,1172.
- [6] 吕丽萍,龙艳,宋薇,等.“动-定序贯八法”治疗消渴病的辨证施治思路[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(13):318-320.
- [7] 庞博,李奕,花宝金,等.论肺结节中医病机与防治策略[J].北京中医药,2021,40(12):1340-1343.
- [8] 张兴涵,张怀锐,李姝蒙,等.辨体质、辨病、辨证“三位一体”辨治肺结节临证经验[J].北京中医药,2022,41(5):498-500.
- [9] 钟佳燕,倪锴文,王雅琴,等.从“阳化气,阴成形”论治肺结节[J].浙江中医药大学学报,2022,46(4):424-427.
- [10] 张妙芬,刘城鑫,黄慧婷,等.基于“阳化气,阴成形”理论探讨温阳散结法治疗肺结节[J].中医杂志,2021,62(22):1960-1962.
- [11] 王晶波,王兴,罗铮,等.从“浊气聚、浊水积、浊毒结”探讨肺结节的治疗[J].辽宁中医杂志,2023,50(3):75-77.
- [12] 刘继法,陈宪海.肺部结节的中医认识[J].中医学报,2021,36(7):1392-1395.
- [13] 崔晋伟,刘彧杉,张晓梅,等.从痰瘀凝滞探讨肺结节治疗[J].环球中医药,2020,13(10):1737-1739.
- [14] 詹杰.基于文献的中医病势概念解析及病势辨证理论的研究[D].福州:福建中医药大学,2021.
- [15] 詹杰,李书楠,黄承武,等.中医病势研究概况及策略[J].中华中医药杂志,2020,35(3):1041-1045.
- [16] 吴虎强,保明瑶,杨晓霞,等.基于“血水同源”理论探讨视网膜静脉阻塞的防治[J].中国中医急症,2022,31(4):727-729.
- [17] KENTARO I. Clinicopathological characteristics and mutations driving development of early lung adenocarcinoma: tumor initiation and progression[J]. Int J Mol Sci, 2018,19(4):1259-1259.
- [18] LEE KH, GOO JM, PARK SJ, et al. Correlation between the size of the solid component on thin-section CT and the invasive component on pathology in small lung adenocarcinomas manifesting as ground-glass nodules[J]. J Thorac Oncol, 2014,9(1):74-82.
- [19] 李丽华,史健.肿瘤微环境与肺癌相关性研究进展[J].中国肿瘤,2015,24(6):501-504.
- [20] 吴晨,尹玉洁,贾振华.肺小结节患者中医体质与结节特征分布规律[J].北京中医药大学学报,2021,44(11):1049-1056.
- [21] 代孔灵.人工智能(AI)及HRCT下磨玻璃样肺结节的良恶性与中医体质的相关性研究[D].昆明:云南中医药大学,2021.
- [22] 李博为.肺部结节患者中医体质特征的调查研究[D].北京:北京中医药大学,2019.
- [23] 徐佳仪.肺部小结节患者中医体质分布规律探析[D].杭州:浙江中医药大学,2019.
- [24] 陆王娟,周贤梅.中医体质在肺结节早期诊治中的应用探讨[J].陕西中医,2018,39(4):518-520.
- [25] FIDLER IJ, POSTE G. The “seed and soil” hypothesis revisited[J].Lancet Oncol, 2008,9(8):808.
- [26] 满君,张晓梅,于小林,等.张晓梅结合 CT 影像辨治肺结节[J].中华中医药杂志,2020,35(4):1860-1862.

Application of pathogenesis-development of disease in diagnosis and treatment of pulmonary nodules based on dynamic thinking

ZHANG Xinghan, YU Mingwei, CHEN Yuyi, REN Junyi, YOU Jiafeng, LIU Zishen, YANG Wenjing, YANG Guowang

(收稿日期:2023-08-13)