

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.10.007

基于治未病理论及辨体-辨病-辨证模式的 肺结节全程管理初探

孟玉凤, 冯淬灵✉

北京大学人民医院, 北京市西城区西直门南大街 11 号, 100044

[摘要] 结合中医治未病理论及王琦院士提出的辨体-辨病-辨证模式, 针对不同阶段肺结节实施个体化管理。微小结节在辨体质的基础上加用软坚散结、理血祛瘀之品。5 mm 以上肺结节根据影像学特征分类管理, 良性结节采用辨体论治; 符合癌性病变、短期不必手术者, 在辨体-辨病基础上结合解毒消瘤法; 术后胸痛、咳嗽、气短等并发症常以辨体-辨病-辨证-辨症相结合, 以血府逐瘀汤、止嗽散合过敏煎加减, 减轻症状; 术后需放化疗的患者, 以辨证论治为核心兼顾辨体、辨病指导遣方用药, 减轻放化疗副作用。全程对患者给予心理疏导, 以期达到未病先防、既病防变、瘥后防复的目的。

[关键词] 肺部结节; 全程管理; 治未病; 体质

肺结节是指影像学表现为直径 ≤ 3 cm 的局灶性、类圆形、密度增高的实性或亚实性肺部阴影, 可为孤立性或多发性, 不伴肺不张、肺门淋巴结肿大和胸腔积液。单个病灶定义为孤立性肺结节, 2 个及以上定义为多发性肺结节; 按照病灶大小, 特将肺结节中直径 < 5 mm 者定义为微小结节, 直径为 5~8 mm 者为小结节^[1]。随着影像学技术的发展和国民健康意识的提高, 肺结节的检出率逐年上升, 我国一项基于 22 351 例健康体检者胸部 CT 肺癌筛查研究^[2]表明, 肺结节总检出率为 31%, 男性肺结节检出率较女性高, 分别为 34.1%、28.8%。肺结节是肺癌的早期表现形式, 早期肺癌手术治愈率几乎可以达到 100%。因此, 肺结节检出率的升高, 提高了肺癌筛查的阳性率, 可使肺癌的病死率下降 20%^[3]。

低剂量螺旋 CT (low dose spiral CT, LDCT) 的假阳性率高, 缺乏精准的评估手段, 存在误诊、漏诊的现象。研究显示, 1/3 的受试者可通过 LDCT 筛查检出肺结节, 最终通过有创或微创的检查得到证实, 其中绝大部分为良性^[4-5], 肺癌仅占 1.1% 左右^[6], 这就导致了过度医疗的可能, 也给患者带

来了不同程度的心理压力和经济负担。因此, 有必要加强针对肺结节的规范管理、实现肺结节的早期识别及处理以及中晚期肺癌患者的规范合理治疗。本团队建立了肺结节患者管理平台, 中医科联合放射科、胸外科、呼吸肿瘤科根据中医治未病理论及王琦院士倡导的“辨体-辨病-辨证诊疗模式”(简称“三辨模式”)^[7], 按照患者疾病不同阶段给予不同治疗措施, 以期精准治疗, 全程管理。

1 中医治未病理论及“三辨模式”

《素问·四气调神大论篇》曰:“圣人不治已病治未病, 不治已乱治未乱, 此之谓也。”“治未病”理论包括未病先防、既病防变和瘥后防复三方面的内容, 注重解决疾病的萌芽与趋势。早发现、定期随访、全程干预是预防肺结节进展的最有效方法, 这与中医“治未病”思想一致。

“三辨模式”是以“体-病-证”的统一观为前提, 以“体病相关”和“体质可调”理论为依据, 以辨体论治为核心的诊疗体系^[7]。三辨模式强调以辨病为先, 辨明主病, 抓疾病主要病机, 凝练主方, 配合专药, 同时结合患者体质特征和证候特点加减药物^[8-9]。

治未病理论与三辨模式两者相辅相成, 其中辨体论治与治未病理论关系最为密切。中医体质辨识

基金项目:北京市中医药科技发展资金项目(QN-2020-04)

✉ 通讯作者:fengcuiling@sina.com

是依据人的体质差异,为疾病预防和管理提供依据。通过制定个体化防治措施,可以提高整体健康水平,充分体现中医“治未病”的理念^[10],为实施“治未病”提供方法、工具及评估体系,有助于个体化诊疗及养生^[11]。治未病理论和三辨模式指导下的中西医结合肺结节全程综合管理模式可以指导患者在不同时间窗内获得最佳治疗方案。

肺结节多数没有临床症状,研究^[12-13]显示,肺结节多为偏颇体质,以气虚质、气郁质常见。体质偏颇也与肺结节的良恶性相关,叶钢福^[14]发现恶性结节患者气虚、阳虚、阴虚体质占 28.57%,单纯的虚证、平和质以及气郁质出现恶性结节风险相对较低;陆王娟等^[15]则发现恶性肺结节患者中阳虚质、气郁质、气虚质三者占比高达 67.7%。我们团队对 226 例早期非小细胞肺癌患者体质信息调查分析显示,不同性别、不同 TNM 分期早期非小细胞肺癌患者的体质类型构成比不同^[16]。由此可见,体质偏颇与肺结节发病密切相关,在一定程度上决定了病证对不同病邪的易感性和倾向性,也与肺结节的良恶性相关。

2 基于治未病理论及三辨模式的肺结节全程管理

2.1 直径小于 8 mm 的肺结节

直径<5 mm 的微小结节和直径≥5 mm 且<8 mm 的肺小结节,现代医学建议定期随访,无需特殊治疗^[1],但很多患者处于焦虑状态,于是寻求中医药治疗。这些患者绝大多数无临床症状,处于“未病”状态,面临“无证可辨”的困境。肺结节的发生与体质有一定相关性,因此,对肺癌高危风险人群进行胸部 CT 筛查的同时,可以进行体质信息采集及判断,对无肺结节但易感体质患者进行饮食养生、起居调摄、情志调摄、运动调养等干预,达到未病先防的目的;对已有肺结节的患者,在无证可辨时以辨体为主,可以根据影像学特征进行辨治,如结节无分叶,边缘有尖角或纤维索条影者,良性可能性大,可加用软坚散结、理血祛瘀之品,结节表现为分叶、毛刺、胸膜凹陷征及血管集束征者,恶性倾向明显的,可加用解毒消瘤之品,同时嘱患者注重养生,对体质偏颇加以平衡,使肺结节的生长微环境得到改善,以期结节变小或者生长速度减慢,从而达到“既病防变”的目的。

2.2 直径≥8 mm、暂不予手术的肺结节

直径≥8 mm 的肺结节不乏良性病变,即便影

像学倾向恶性可能的肺结节,达到多大直径需要手术仍然在讨论中。目前对于直径≥8 mm,或有分叶、毛刺、胸膜凹陷征及支气管征等恶性征象,或随访期间结节增大或实性部分增多者,考虑为恶性肺结节可能性大^[1]。这部分肺结节患者依据结节的形态和大小,部分患者有 1~3 年随访期。暂不予手术、建议随访的患者中大部分选择中医药治疗。这部分患者肺结节本身仍然没有临床表现,治疗以辨体-辨病为主。肺结节可归属于“肺积”范畴,《杂病源流犀烛》记载:“邪积胸中,阻塞气道,为痰……为血,皆邪正相搏,邪既胜,正不得制之,遂结成形而有块”^[17],提示肺结节主要病机为痰瘀互结、留滞肺络。临床常在辨体质基础上加用三棱、莪术、皂角刺、浙贝母、穿山甲、鸡内金等理血祛瘀、软坚散结之品;影像学提示恶性度高者可加白花蛇舌草、半枝莲、半边莲等清热解毒消瘤药物,以期达到既病防变的目的。

我们团队对近千例手术病理确诊为恶性肿瘤的肺结节患者的前期调查发现,肺结节的发生与情绪密切相关。体检发现肺结节后更易引起胸闷、胸痛、焦虑等不适症状。临床辨证以肝郁气滞、肝郁脾虚、肝肾阴虚证多见,应治以疏肝理气、健脾解郁、补益肝肾,常用柴胡疏肝散、逍遥散、滋水清肝饮加减。

2.3 肺结节切除术后

肺内结节经胸腔镜或外科手术切除,此阶段胸痛、咳嗽、气短等症状明显,临床以辨证论治为主,结合辨病,以减轻症状、提高生活质量。另外,术后恢复期也可在三辨模式指导下服用中药,减少复发转移,提高远期生存率,达到“瘥后防复”的目的。

2.3.1 术后胸痛 肺结节手术属于金刃损伤,致使皮肤、肌肉脉络破损,气血郁滞脉外,伤口红肿、青紫、疼痛,主要证候为气滞血瘀证,临床中可用血府逐瘀汤加减治疗。我们采用随机对照方法,将 92 例早期非小细胞肺癌胸腔镜术后胸痛的患者按 1:1 随机分为 2 组,试验组予西医常规治疗+血府逐瘀胶囊治疗,对照组予西医常规治疗,疗程 14 天,比较两组患者治疗不同时间段的疼痛(NRS 评分)、咳嗽(VAS 评分)、生活质量评分(QLQ-C30)及安全性,结果显示试验组止痛总有效率(93.48%)高于对照组(79.55%),止痛药用量明显少于对照组,疼痛程度低于对照组;试验

组躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能、失眠、腹泻、疲倦、气促、便秘、经济困难等领域评分均优于对照组,两组均无不良反应发生^[18]。据此可见,血府逐瘀汤加减能减轻患者术后疼痛程度,减少止痛药服用数量,缩短疼痛治疗时间。

2.3.2 术后咳嗽 咳嗽是肺结节切除术后常见的并发症之一,发生率达25%~50%^[19]。这可能与手术操作过程中气管损伤、修复及传入纤维修复过程中敏感性增高,以及淋巴结切除后,支气管壁受到异常的机械牵拉或暴露于各种化学刺激下导致咳嗽反射异常兴奋,从而导致气道高反应有关^[20]。术后咳嗽以咳嗽阵发,少痰,伴咽痒、胸痛、胸闷、气短等为特点,属于中医学“风咳”范畴,符合“风盛挛急”的病机特点,立法疏风宣肺、解痉止咳,可以止嗽散合过敏煎加减。咳嗽无痰、严重影响生活质量者,可短期适当加诃子等镇咳药物。

2.3.3 术后气短 胸部是宗气所居之处,手术直接伤肺,肺失主气之功能,外不能吸入清气,内失宣发肃降,则现气短,尤其是活动后加剧,同时伴有乏力、自汗、胸闷等症状,证属中气亏虚,临床以补中益气汤、升陷汤加减。若伴乏力、便溏者,可予参苓白术散加减。

2.3.4 需放化疗的肺结节 临床分期ⅠB(T2aN0M0)、Ⅱ(T2bN0M0、T1a-cN1M0)和ⅢA(T1a-cN2M0)的患者需手术治疗,或是放化疗后行手术治疗,术后再行化疗。还有部分肺癌伴有转移的患者,已经没有手术机会,放化疗是重要治疗手段。放射治疗和化疗药物在给肺癌患者带来生存效益的同时,其毒副作用、耐药性的产生及合并用药不良反应的增加也给肺癌患者的生活质量带来了巨大挑战。多项研究^[21-23]表明,中医药联合放化疗在增强抗癌效果、减轻毒副作用、减少耐药性、提高生活质量、延长生存期等方面优势明显。这部分患者采用辨病、辨证相结合的方式遣方用药,以达到既病防变、病后防复的目的。

目前对于肺癌的中医病机分析逐渐趋于一致,肺癌发病归为正虚和邪实两方面,虚以气虚、阴虚、气阴两虚为多见,实则不外乎气滞、血瘀、痰凝、毒聚之病理变化。早期因虚而致实,多数患者以痰、湿、瘀、毒等实性病理因素为主,证候以实证居多,癌毒邪气逐渐损伤正气,本虚标实凸显,后期以正虚为主。

中医学认为化疗药物属药毒之邪,有火热的特点,化疗为以毒攻毒之法,在攻击癌毒的同时损伤正气,中焦脾胃最易受伤,运化失职,水谷不能化生气血,渐加重五脏损伤^[24]。辨证以五脏为纲,气血阴阳为目,病位主要在肺脾肾,后期可涉及肝与心;常以气虚、血虚、气阴两虚多见,后期可见阳虚。痰浊、瘀血是主要病理产物,又是致病因素,促进疾病进展。化疗常见副作用以恶心、呕吐、乏力、气短、多汗等为主要表现,临床中常辨证选用香苏散、旋覆代赭汤、麦门冬汤等减轻恶心、呕吐;补中益气汤、参苓白术散、八珍汤、六味地黄丸等改善乏力等症。

肺为娇脏,不耐受邪扰,放疗所用放射线为酷热大毒之外邪,攻伐机体,燔灼肺叶造成气阴亏耗,加之癌毒蕴结,又肺与肾母子相及、金水相生,因此肾精亦受耗损。大毒耗气、酷热伤阴是接受放疗患者的病机特点,治疗过程中应时时注重固护阴津。除乏力、食欲不振外,放疗最常见的并发症为放射性皮炎。早期热毒之邪进入营血,血热内结,皮色红赤,可口服犀角地黄汤加减,外用可选金黄散、二黄煎、凉血解毒膏等;中期局部气血瘀滞加剧,火热邪毒熏蒸于皮肤表面,皮色暗红,可选血府逐瘀汤加减口服,外用可加入乳香、没药、青黛、血竭、珍珠、虎杖等化瘀消癥之品;后期热毒攻伐、气阴大伤,治以益气养阴法,可选用清燥救肺汤加减治疗。

总之,放化疗联合中医辨证论治能有效控制肺部肿瘤,可明显改善胸痛、气短、咳嗽等症状,有助于降低化疗产生的不良反应,达到减毒增效的目的。

2.4 情绪管理

患者体检发现肺部结节后,易出现过度担心、焦虑等不良情绪,如《素问·举痛论篇》所云:“思则心有所存,神有所归,正气留而不行,故气结矣”。出现性情抑郁、善太息、胸胁胀满、腹泻、脉弦等肝郁气滞或肝郁脾虚的证候,临证除选用中药治疗外,心理疏导亦是主要治疗措施。此外舒缓类音乐以及太极拳、八段锦和五禽戏等均可改善患者心境、缓解不良情绪、促进身心愉悦,有利于疾病的治疗与康复。

3 结语

综上所述,随着CT影像诊断技术的发展、广泛应用和人们健康意识的提高,肺结节的检出率逐

年升高,因其具有一定的癌变概率,常对患者造成心理负担。在“治未病”理论和“三辨模式”指导下,对无需手术的肺结节,可根据患者体质,辨体处方用药达到“未病先防”的目的;暂不予手术的肺结节,以辨体-辨病论治相结合“既病防变”;术后并发症常以辨病-辨证相结合的方法给予治疗,减轻并发症,防止肺结节再发,瘥后防复;接受放疗的患者,根据放疗、化疗的病机特点,辨病、辨证、辨症结合,遣方用药,以期提高放化疗有效率,减轻毒副反应。总之,建议分阶段精准治疗,全程管理,注重心理疏导以期提高患者生活质量。

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] 赵俊松,崔利,何江波,等. 上海 22351 例无症状体检者低剂量 CT 肺癌筛查及随访结果初步分析[J]. 诊断学理论与实践,2019,18(2):183-188.
- [3] The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening[J]. New Engl J Med, 2011, 365(5): 395-409.
- [4] BALDWIN DR, CALLISTER ME. The British thoracic society guidelines on the investigation and management of pulmonary nodules[J]. Thorax, 2015, 70(8):794-798.
- [5] BARNETT J, PULZATO I, WILSON R, et al. Perinodular vascularity distinguishes benign intrapulmonary lymph nodes from lung cancer on computed tomography [J]. J Thorac Imaging, 2019, 34(5):326-328.
- [6] HEUVELMANS MA, WALTER JE, PETERS RB, et al. Relationship between nodule count and lung cancer probability in baseline CT lung cancer screening: the NELSON study[J]. Lung Cancer, 2017, 113:45-50. doi: 10.1016/j.lungcan. 2017. 08. 023.
- [7] 靳琦,王琦. 王琦“辨体-辨病-辨证诊疗模式”的理论要素与临床应用[J]. 北京中医药大学学报, 2006, 29(1):41-45, 55.
- [8] 王琦. 中医体质学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:2.
- [9] 倪诚,李玲孺,李英帅. 辨体-辨病-辨证诊疗模式在慢性肝病防治中的应用策略[J]. 天津中医药, 2019, 36(5):418-420.
- [10] 龙斯玥,周晓玲,陈峭,等. 中医体质的研究现状[J]. 西部中医药, 2018, 31(12):150-153.
- [11] 方旖旎,王琦,张国辉,等. 中医体质学在“治未病”中的应用研究[J]. 中医杂志, 2020, 61(7):581-585.
- [12] 许海柱,祝佳佳,张栩,等. 381 例肺小结节患者中医体质分布特点研究[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(9): 2178-2180.
- [13] 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.
- [14] 叶钢福. 肺结节早期诊治中应用中医体质学说干预 72 例分析[J]. 中外医疗, 2019, 38(14):153-155.
- [15] 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.
- [16] 李政翰. 早期非小细胞肺癌与体质、中医证候相关性研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2020.
- [17] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 田思胜,整理. 北京:人民卫生出版社, 2011:426.
- [18] 王凯源. 血府逐瘀胶囊干预早期非小细胞肺癌胸腔镜术后急性胸痛的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2020.
- [19] SAWABATA N, MAEDA H, TAKEDA S, et al. Persistent cough following pulmonary resection: observational and empiric study of possible causes [J]. Ann Thorac Surg, 2005, 79(1):289-293.
- [20] 慕腾,姜冠潮,李晓,等. 胸腔镜肺切除术后持续咳嗽的多因素分析[J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17(7): 577-580.
- [21] 李月,王芳,易静,等. 补脾益气黄芪粥对肺癌化疗癌因性疲乏患者生活质量的影响[J]. 新中医, 2021, 53(24):165-169.
- [22] 赵美随,司同. 扶正解毒汤减轻肺癌呼吸困难及化疗毒副反应临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(16): 2733-2735.
- [23] 傅子凤,朱元洁,冷祝强. 肺癌 1 号方治疗原发性肺癌化疗后骨髓抑制疗效观察[J]. 山西中医, 2021, 37(5):42-43.
- [24] 郑红刚,朴炳奎. 浅议放化疗毒副作用的中医病因[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(10): 751-752.

(下转第 935 页)