

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙是由北京中医药大学东直门医院赵进喜教授、北京慈方医院管理公司贾海忠教授共同发起的纯公益中医学学术沙龙。“铿锵中医行”学术沙龙第 103 讲以“肺结节的中西医诊疗”为议题,于 2023 年 6 月 21 日通过腾讯会议线上进行。肺结节为临床常见疾病,具有起病隐匿,病因复杂等病性特点。肺结节有良恶之分,且部分结节有恶变的可能,早期、有效的诊断与干预治疗对于本病防治具有积极意义。北京中医药大学东直门医院中医内科教研室、北京中医药大学赵进喜教学名师工作坊、教育部中西医结合临床课程虚拟教研室特邀相关领域专家对于“如何更早更准确的对肺结节进行诊断?如何更好的把握肺结核的关键病机并尽早开展中西医干预治疗,以及如何多维度的对治疗手段进行综合评价?”等议题展开了热烈讨论。

## · 铿锵中医行 ·

### 诊断肺结节,当辨良恶性;治疗肺结节,应尽早干预

王洪武 张晓梅 张立革 郝迎旭 庞博 刘宁 赵进喜 贾海忠 穆岩

【摘要】肺结节是临床常见的肺部疾病,起病隐匿,多无临床症状,而且少部分肺结节是恶性结节,早期明确诊断,积极接受中西医干预措施有重要价值。肺结节诊断主要依赖电子计算机断层扫描(computed tomography, CT)。人工智能(artificial intelligence, AI)在肺结节影像诊断中的应用日益普遍。西医治疗肺结节以定期随访为主,高风险者可外科手术治疗。中医药治疗肺结节有一定优势,治疗时当把握气滞、痰湿、瘀阻的核心病机,并从肺结节大小、形态变化以及病人生活质量等多方面进行综合疗效评价。

【关键词】肺结节; 辨证论治; 整体观念; 诊断; 电子计算机断层扫描; 名医经验

【中图分类号】R249 【文献标识码】A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2023.09.012

肺结节是指肺内直径 $\leq 3$  cm 的类圆形或不规则形病灶,可单发或多发,影像学表现为实性或磨玻璃密度增高的阴影。随着低剂量电子计算机断层扫描(computed tomography, CT)筛查使用率的日益增高,近年来肺结节的发病率呈明显上升趋势,但肺结节作为影像学诊断,缺乏特异性,可见于炎症、肺癌前病变、早期肺癌等多种疾病中。目前对于肺结节的治疗方法多局限于随访肺结节形态、大小的变化,若持续增长并伴有危险因素病例则建议外科手术治

疗。肺结节患者大多缺少临床症状,中医药治疗常出现“无证可辨”的情况。如何评价疗效,也是中医药治疗肺结节面临的一个重要问题。为深入认识肺结节及其中西医干预措施,北京中医药大学东直门医院中医内科教研室、教育部中西医结合临床课程虚拟教研室邀请相关领域专家展开了热烈讨论,现报告如下。

#### 1 肺结节诊断应重视影像学表现

张立革主任医师:

肺结节是指肺内直径 $\leq 3$  cm 圆形或类圆形高密度影,目前 CT 是检查肺结节主要的影像检查技术。肺结节按密度分类,可分为实性肺结节和亚实性肺结节,后者又包含纯磨玻璃结节和部分实性结节。

以下几个方面可作为评估实性结节性质的参考依据,包括:结节的整体形态、结节的边缘特征、结节的交界面特征、结节的内部结构与邻近结构、结节的血供等方面。

2018 年版《肺结节诊治中国专家共识》对肺结节的定义和分类,对肺结节的管理都给出了指导性的建议。例如,利用 CT 影像对肺结节可从以下几个方面进行评估:(1)肺结节体积的增大,其恶性概率随之增加;(2)结节的形态,大多数恶性结节形态不规则,特别是恶性亚实性结节出现不规则形态比例更高;(3)结节的边缘和周围情况,随着肿瘤的浸润性增加,恶性结节多会呈现分叶状,毛刺征、胸膜凹陷征及

作者单位:101121 北京中医药大学东直门医院呼吸内科(王洪武),影像学教研室(张立革),针灸二科(刘宁),中医内科教研室(赵进喜);北京中医药大学东方医院肺结节及胸部疾病中心(张晓梅);中日友好医院中西医结合肿瘤内科(郝迎旭);中国中医科学院广安门医院国际医疗部(庞博);慈方中医馆(贾海忠);北京中医药大学第一临床医学院[穆岩(博士研究生)]

作者简介:王洪武(1963-),博士,主任医师,博士生导师。国家卫生健康委员会内镜专业技术考评委员会呼吸内镜专家委员会委员,亚洲冷冻治疗学会主席,中华医学会结核病学分会呼吸内镜介入治疗专业委员会主任委员,世界中医药联合会肿瘤外治法专业委员会副会长,北京整合医学会中医肿瘤分会副主任委员。研究方向:中西医结合治疗呼吸疾病及肿瘤。E-mail:wanghongwu2015@126.com

通信作者:赵进喜(1965-),博士,主任医师,教授,博士生导师。世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会会长。研究方向:中医治疗肾病、内分泌代谢病。E-mail:zhaojinxim@126.com

血管束束征,而良性结节多数无分叶,边缘可有尖角或纤维索条等;(4)空泡征,CT 上表现为肿瘤内部的含气透亮区,肺泡癌、腺癌出现的几率高;(6)对于部分较小的肺结节或者定性征象不充分的肺结节,随访复查显得尤为重要。如孤立的实性结节应特别关注其大小,一般以 8 mm 为界,8 mm 以上的病灶,从影像学角度一般评估为中高风险。单个不明原因的直径大于 8 mm 的结节,一般建议 3~6 个月和 9~12 个月这两个时间段复查。小于 8 mm 的结节危险因素的评价相较于大结节相对宽松一些。对于磨玻璃样结节,直径的界定在 5 mm 上下。对于单个小于 8 mm 的混合型磨玻璃结节,也是建议在 3 个月、6 个月、12 个月等时间节点进行随访。对于大于 8 mm 的混合型磨玻璃结节,一般要求 3 个月左右复查 CT。

由于人们健康意识的提高,体检和常规 CT 检查筛查出的肺结节的人群不断增大,对肺结节的科学管理提出了更高的要求,减少肺结节病人的焦虑,避免过度检查和治疗,最大限度提高治疗后患者的生活质量是肺结节科学管理的重要内容。

王洪武教授:

AI 在影像学诊断中的应用日益普遍。现在很多肺结节病人都是多发结节,医生用肉眼把每个结节都鉴别出来很难,而运用 AI 就可以轻易的检测出全部结节,并且可以特异性很高地鉴别其结节的良恶性,在提高检出率的同时又大大缩短了医生的读片时间。

刘宁主任医师:

肺结节早期多无明显症状,可能伴有咳嗽、发热等症状。在新冠病毒感染流行阶段,根据《新型冠状病毒感染后肺结节治疗专家共识(2023 版)》提出:(1)高危结节:直径>8 mm 的实性和部分实性结节,建议临床医师综合考虑结节大小、影像学特征及高危因素,判断其恶性概率。若恶性概率较低,既往随访过程中结节未增大或实性成分无增加,则可 3~6 个月复查 CT。若恶性可能较高,则建议行 PET-CT 或活检评估。(2)低危结节:直径小于 8 mm 的实性和部分实性结节,以及任何大小的磨玻璃结节,推荐每 6 个月或 1 年行一次低剂量 CT 复查。

## 2 高风险肺结节当重视外科治疗

刘宁主任医师:

肺部多发磨玻璃结节的治疗目前多以外科手术切除为主,术前进行 PET-CT 和(或)头颅 MRI、腹部 CT 及全身骨显像以检查远处转移,胸部 CT、支气管镜或纵隔镜检查以评估纵隔淋巴结情况。对于有纵隔淋巴结转移、肺功能较差无法耐受手术以及有出血倾向或严重基础疾病的患者,则不推荐手术切除。手术治疗以肺叶切除术(针对主要病灶)联合肺段切除术(针对次要病灶)为主。治疗原则为主病灶优先,兼顾次要病灶。如果多个肺结节处于同一肺叶内,可行多处

肺楔形切除、肺段切除或肺叶切除。多个肺结节位于双侧肺内,可同期或分期行电视胸腔镜外科手术,且总切除范围不宜超过 10 个肺段。肺手术可以去除局部肿瘤及改善局部肿瘤微环境,但全身肿瘤微环境和代谢没有得到改善。手术并不能彻底解决问题,患者面临术后残留结节进展、恶变或者导致第二原发肺癌的风险,所以中西医结合治疗肺结节很有必要。

王洪武教授:

通过真实世界研究发现,高危结节可以通过一些精准的诊断来评估是否需要行外科治疗。肺结节位置靠边的可手术切除;靠中央的可消融。消融既可以经皮穿刺,也可以用支气管镜。根据肺结节大小的不同,选择的术式也不一样。目前所用的术式有激光、微波、氩氦刀、光动力、SBRT。肺结节病灶如果要切就要切 10 倍以上的体积,对病人损伤较大。目前根据肺癌多学科专家共识,如果病灶能完全消融,则不需放疗干预。同时中药治疗应围绕着手术的前中后:术前通过中药调理来改善病人的症状,做好手术准备;术后采用中药防治术后并发症;术后康复、预防复发,中药也能很好的参与。

## 3 肺结节中医治疗具有特色优势

刘宁主任医师:

从肺结节病位在肺脏,为有形之邪的临床特点而言,与中医“肺积”等病相似。肺结节病因病机是素体虚弱,肺脏先天不足;或是后天失养,导致肺部抵御外邪的能力下降,正气不足,肺气虚损,进而导致痰瘀、寒凝、肺毒等邪气侵犯。肺主通调水道,为水之上源,肺气虚不能正常宣发肃降,水不能转化为生理性的津液,则聚湿为痰。肺助心行血,肺气虚则助行无力,血停则为瘀。脉络失通,痰瘀互结后发为结节。所以肺结节病机属于本虚标实,其中痰瘀互结后发为结节,符合现代医学长期炎症反应而诱发癌变的认识。

肺结节中医治疗,应在明辨本虚标实的基础上,处理好本虚与标实的关系。针对本虚治当补益,如补中益气等方剂。针对标实,化痰散结可用山慈菇、夏枯草、牡蛎等;温阳化气可用麻黄、细辛、半夏、紫苑;活血通络可用红花、乳香、没药;久瘀入络较重可加蜈蚣、全蝎、地龙、土鳖虫。针灸治疗肺结节可以取大椎、中脘、足三里、天枢、肺俞、脾俞、天突等等。咳嗽取列缺、风门,痰多可取阴陵泉或者丰隆;口干取百会、气海、复溜或者太溪;食少乏力取百会、气海;寒者可行灸法,胃脘疼痛取梁丘;伴有恶心取内关或者曲池。穴位贴敷可取肺俞、大椎、膻中、天突、中脘,达到补益肺脾,通行经络的作用。时邪凝聚可以刺络放血,选穴如肺俞、肝俞、胆俞、脾俞等等。

张晓梅主任医师:

我们用中医药治疗了大量肺结节患者,做了一系列临床

研究观察。2021 年研究了 260 例肺结节患者相关发病因素调查,发现焦虑、抑郁状态的肺结节患者比例可分别高达 61.72% 及 61.15%,睡眠障碍 61.9%,肺结节很少呼吸道咳嗽咯痰等症状,主要依靠肺 CT 检查发现。2022 年针对 340 例肺结节患者的体质状态的调查显示 70% 以上患者存在体质偏颇,其中阳虚质、气虚质、痰湿质、气虚质、湿热质最多;磨玻璃结节患者以阳虚质、气虚质为多;而实性结节患者以痰湿、湿热质为多。

肺结节缺少呼吸系统临床症状,如咳嗽、咳痰、咳血、气喘、胸痛等。肺结节患者就诊时主诉症状反映的是体质特点、年龄段特点、基础疾病特点,这些症状与肺结节症状不相关。肺结节患者还普遍具有焦虑抑郁状态。所以我们提出从状态论治,在把握核心病机的基础上调节患者身体状态。姜良铎教授认为不管是什么疾病,都有贯穿始终的核心的基本病机;同时为了提高疗效,还要兼顾伴随的症状所伴有的病机,同时还应考虑可能潜在的演变病机(如肺结节会化毒癌变)。肺结节的基本核心病机为气滞、痰湿、瘀阻集结,所以治疗上要始终抓住气滞、湿阻、痰瘀这三方面。

理气常用柴胡、枳壳、香附、玫瑰花、麻黄、桔梗、陈皮;化湿常用苍竹、夏枯草、菖蒲、车前子、葶苈子;因为磨玻璃结节气虚质、阳虚质的人偏多,化痰时还需添加胆南星、半夏、莱菔子、白前此类温化之品;活血化痰常用当归、丹参、三七、血竭、地龙、僵蚕、全蝎、水蛭,活血化痰、破瘀消癥。应当注意虫类药只选取一到两种,不宜过多。某些结节出现恶性特点,则选用解毒抑癌之品,如龙葵、半枝莲、白花蛇草、重楼、山慈菇、红豆杉等。

赵进喜教授:

体质是无病情况下人群中不同个体表现气血阴阳多少、五脏六腑盛衰的状态。而证候是特定的体质的人在感受特定的致病因素后,所引发疾病的病理状态。从状态医学来理解肺结节的病因病机有非常重要的意义。肺结节临床治疗应在辨体质基础上辨病治疗,谨守病机,辨方证、选效药。对于太阳体质患者,尤其是外感后引发肺结节者,可用麻杏石甘汤、桂枝加厚朴杏子汤加味;阳明体质患者可用千金苇茎散、厚朴三物汤加味;少阳体质患者可用小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤加味;太阴体质患者可用补中益气汤、升陷汤加味;少阴体质患者可用生脉散、地黄丸加味。随方加用化痰、化瘀、解毒之品,方如消瘰丸、半夏厚朴汤;药如连翘、浙贝母、石见穿、藤梨根、薏苡仁、白花蛇舌草等。对于恶性肺结节患者的治疗,一方面应重视益气扶正,应用升陷汤、参芪以及贞芪、灵芝、红景天等;另一方面还需重视随方加用散结解毒之药。

王洪武教授:

肺结节基本上可分为气阴两虚、痰热郁结、肝郁气滞、脾虚湿盛四个证型。肺结节病位在肺,与肝脾密切相关,病性虚实夹杂。所感染六淫邪气以湿邪为主,寒邪次之。单纯中

医药手段完全治愈恶性肺结节很困难。但从稳定病灶、改善症状、带瘤生存上看,中医药有非常明显的优势。对于原位癌和不典型增生,现在专家共识已经认为其属于癌前病变,可以用中药治疗,随访观察。

庞博主任医师:

对于治疗肺结节,我常用两张处方:其一是朴炳奎朴老最喜欢用的沙参、麦冬、桔梗、杏仁,然后配合扶正培本药,以培土生金的思路来治疗肺结节。沙参、麦冬针对肺喜润恶燥的生理功能;桔梗、杏仁则和施今墨学派著名的调气对药方相似,桔梗、杏仁、薤白、枳壳、桃仁等,能舒畅胸中气机,舒畅肠腑气机。对于桃仁我过去理解不够深刻,经过这次新冠之后,我认识到很多肺系病症实际上大多都伴有肺瘀血,运用桃仁这种活血化痰药,本身就有抗炎的作用。其二则是瓜蒌薤白半夏汤。此方是胸痹心痛的代表性处方。朴老最喜欢用于治疗肺结节恶性程度比较高,或是肺部的肿瘤丧失了手术机会,或是肿瘤肺内、胸膜转移的患者。方中薤白可以温补胃阳之气,瓜蒌可以生津液,故可从扶正固本思路理解此方。

贾海忠教授:

肺结节主要病机包含三部分。第一部分是伏邪,是风寒暑湿燥火等外邪潜伏不去。“邪气之所凑,其气必虚”,正是因为痰、瘀、气滞等因素存在,邪气才得以潜藏,这是第二部分。气滞血瘀的存在,根本上还是全身正气失调,所以正气失调是第三部分。它又包括两方面:一方面就是脏腑功能并不虚弱,但是不能协调;另一方面是单纯某一脏腑的功能虚弱,导致肺部的虚弱。所以肺结节之本虚不能单纯认为是肺虚,只补肺气。同时以肺部伏邪为主要病因的肺结节,多以单发为表现形式,且病程较短,可以追溯到患者肺结节发现前肺部感染的病史。正气失调为主要病因的肺结节则以多发型为主,病程相对较长。

#### 4 肺结节治疗需综合评价疗效

张晓梅主任医师:

现有文献对于肺结节治疗疗效的评价多用“症状改善”作为指标,但肺结节本身没有呼吸道的症状,所以评价意义不大。还有研究用肺功能或检验指标(如肿瘤标记物)来评价疗效,但是肺结节对肺功能与指标都很少有影响,也不能说明问题。我在 2020 年的 187 例回顾性的分析中得出结论,肺结节大小变化是最主要的疗效评价指标。我将疗效判定分为治愈、显效、有效、稳定、进展五个等级,治愈就是结节全部消失;显效是结节最大截面积消失率>50% 以上;有效就是结节变小变淡,最大径面积减小率达到 15% ~ 50%;稳定是结节没有变化,密度没有变化,或是最大径面积减小率<15%;进展则为肺结节增大,或者结节大小虽然稳定,但是出现恶性的征象。结节治疗的总有效率=有效率+显效率+治愈率。

郝迎旭主任医师:

我的治疗观念是以人为本,将患者的生活质量放在第一位。肺的良性结节、甚至肺原位癌或早早期肺癌,没有任何临床症状及脏器功能损伤,为了一个小结节就外科治疗切除部分肺组织,术后还可能伴随肺功能下降(漏气)、激活细胞突变活性(复发)、肿瘤血行转移(动血)等并发症,给患者带来生活质量下降的负面影响,有些得不偿失,尤其是老年患者。我认为运用中医药的治疗方法,让肺结节患者整体状态得到改善,稳定肺结节或延缓发展,保证患者生活质量,带结节长期生存,也应该算治疗肺结节有疗效。

## 5 结语

肺结节是临床常见的肺部疾病,肺部结节无明显临床症状,多由体检发现。其病因复杂,有良、恶性之分,良性居多。对于高危人群胸部低剂量 CT 检查非常必要,同时 AI 在肺结节影像诊断中的应用日益普遍。明确肺部结节的性质多依靠病理活检。肺结节早期明确诊断,积极接受干预有重要价值。西医治疗肺结节以定期随访为主,高风险者可外科手术治疗。中医药治疗肺结节有一定优势,治疗时当把握气滞、痰湿、瘀阻的核心病机,并从肺结节大小、形态变化以及病人生活质量等多个方面进行综合的疗效评价。

### 赵进喜教授简介

北京中医药大学东直门医院中医内科教研室主任。博士生导师,博士后工作站指导老师。国医大师吕仁和教授学术继承人。师从中医内科学专家王永炎院士、肾病糖尿病专家吕仁和教授和肾脏病理专家魏民教授。国家中医药管理局中医内科内分泌重点学科带头人,国家第七批与北京市第六批名老中医药专家学术传承指导老师,首都名中医,北京市高等学校教学名师。世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会会长。

### 贾海忠教授简介

北京慈方医院管理公司董事长。主任医师、教授,硕士生导师,全国第二批优秀中医临床人才,全国第三批名老中医史载祥教授学术继承人。

### 张立华主任医师简介

北京中医药大学东直门医院影像学教研室主任,北京中医药大学东直门医院东城院区放射科主任。主任医师,医学博士,北京中医药大学第一临床医学院教授,硕士研究生导师。从事医学影像诊断工作 30 余年,对包括普放、CT 及 MRI 的影像诊断积累了丰富的经验。兼任北京整合医学学会医学影像分会会长,北京医师学会放射学分会委员,中国阿尔茨海默病防治协会影像委员会委员等职。

### 王洪武教授简介

北京中医药大学东直门医院呼吸病中心主任,教授,博士生导师,博士后工作站指导老师。国家卫生健康委员会内镜专业技术考评委员会呼吸内镜专家委员会委员,亚洲冷冻治疗学会主席,中华医学会结核病学分会呼吸内镜介入治疗专业委员会主任委员,中国抗癌协会肿瘤光动力治疗专业委员会前任主任委员,世界中医药联合会肿瘤外治法专业委员会副会长,北京整合医学学会中医肿瘤分会副主任委员。获部级医疗成果一等奖 3 项、二等奖 9 项,主编专著 30 部,参编专著 30 部。在国内外发表论文 300 余篇。主持多项国家级及部级科研课题。

### 刘宁主任医师简介

北京中医药大学东直门医院针灸二区主任,刘景源工作室疑难病诊疗中心主任。主任医师,医学博士,第五批国家级名老中医刘景源教授学术传承人,刘景源名医工作室负责人。世界中医药学会联合会温病专业委员会副会长,中国中医药信息学会中医药人才信息分会副会长,中国中医药信息学会温病分会副秘书长,第五批全国中医临床优秀人才。

### 张晓梅主任医师简介

北京中医药大学东方医院呼吸科主任医师,教授,博士生导师。师从国内著名中医学大家国医名师姜良铎教授,为其学术继承人。发表学术论文、论著 70 多篇,完成主持“中医药治疗肺间质纤维化”“从状态治疗肺结节”等多项研究课题,曾获中华中医药学会、北京市、北京中医药大学等多项科技进步奖。

### 庞博主任医师简介

中国中医科学院广安门医院国际医疗部主任医师,副教授,博士生导师。先后师从祝肇刚、王晓莲、赵进喜、吕仁和、朴炳奎、花宝金、贺思圣、冯建春等中医名家,私淑冉雪峰先生、张锡纯先生,为祝肇刚先生开门弟子、施今墨学术流派第四代传人。主持科研课题 13 项,其中国家级课题 2 项,省部级课题 7 项,院级课题 2 项,校级课题 2 项,参与国家级课题 3 项,省部级课题 9 项,新药临床试验 1 项,参与起草行业标准 1 项。

### 郝迎旭主任医师简介

中日友好医院中西医结合肿瘤内科主任医师、教授,硕士生导师。首批全国优秀中医临床人才,全国第一批名老中医张代钊教授学术继承人。从事中西医结合肿瘤内科临床近 40 年。曾负责及参加十多项国家级、部局级、院级科研课题。发表论文 90 余篇。主编和参编专业书籍 20 余部。

(收稿日期: 2023-07-27)

(本文编辑: 韩虹娟)