

引用:黄仁,杨亿然,彭青春,刘俊,刘敏,柏正平. 柏正平运用自拟清肺散结方治疗无症状肺结节经验[J]. 湖南中医杂志,2024,40(6):36-39.

柏正平运用自拟清肺散结方治疗 无症状肺结节经验

黄仁¹,杨亿然²,彭青春²,刘俊¹,刘敏¹,柏正平¹

(1. 湖南省中西医结合医院,湖南长沙,410006;

2. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208)

[摘要] 总结柏正平教授运用自拟清肺散结方治疗无症状肺结节经验。柏教授认为肺气亏虚、气机不畅、热毒滞肺、痰瘀互结是肺结节的核心病机,以清肺化痰、行气活血、软坚散结为基本治法,在辨病为基、病体同调、分层管理、守方缓图的辨治思路指导下,以自拟清肺散结方为基础,灵活加减治疗无症状肺结节,疗效良好,为临床辨治提供新思路。

[关键词] 肺结节;清肺散结方;名医经验;柏正平

[中图分类号]R259.63 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2024.06.008

肺结节是指直径 $\leq 3\text{cm}$ 、影像不透明、边界清楚、周围完全由含气肺组织所包绕,无肺不张、肺门淋巴结增大、胸腔积液等表现的肺部病灶,根据其影像学密度的不同分为实性结节、混合磨玻璃结节和纯磨玻璃结节^[1]。近年来肺结节的检出率逐年攀升,其早期一般无症状表现,因此如何早期诊断及临床干预肺结节已成为临床关注的热点。目前西医尚缺乏判断早期肺结节性质及有效的药物,定期随访是主要的诊治策略^[1-2]。中医在“整体观念”“治未病思想”等理论的指导下,在控制肺结节生长乃至消除结节、降低结癌转化等方面优势明显^[3-5]。

柏正平系湖南省名中医,第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,湖南省中西医结合医院资深专家。从事中西医结合治疗呼吸系统疾病临床、科研和教学工作四十余年,擅长运用中医药治疗呼吸系统疾病及内科疑难杂症。倡导“病证结合,分期辨治”“形神同治”,主张“肺肾同治,肝脾同调”,重视“扶正、祛邪、调体、守方”四法并用辨治肺系疾病。柏教授认为肺结节的核心病机为肺

气亏虚、气机不畅、热毒滞肺、痰瘀互结。临床中大多数患者表现为无症状,因此在辨证施治时常常出现无证可辨的境地,为此柏教授临证时根据核心病机,结合多年临床经验,博采众长,运用“辨病为基、病体同调、分层管理、守方缓图”的辨治思路,提出“清肺化痰、行气活血、软坚散结”治疗大法,自拟清肺散结方运用于临床,疗效良好,现将其经验介绍如下。

1 病因病机

中医古籍中并无“肺结节”的病名记载,但依据其咳嗽、咳痰、气促、胸闷等临床特点,可将其归属于中医学“咳嗽”“肺积”“息膈”“积聚”“癥瘕”等范畴。中医学认为本病与禀赋不足、外感六淫、饮食失宜、情志不调、体质及环境因素等有关,“虚”“痰”“瘀”“毒”搏结是其主要病因病机^[3]。柏教授认为气无形不能结块,结块者必为有形之邪,在肺气亏虚、气机失常的基础上,必有有形之邪结于肺,认为本病核心病机为肺气亏虚、气机不畅、热毒滞肺、痰瘀互结,属于虚实夹杂之证。正气不足时,外

基金项目:全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

第一作者:黄仁,男,医学硕士,主治医师,研究方向:中医药治疗呼吸系统疾病

通信作者:柏正平,男,一级主任医师,二级教授,博士研究生导师,研究方向:中西医结合治疗呼吸系统疾病,E-mail:

邪易侵袭犯肺,肺失宣发肃降,气机失常,津液代谢失常,停于胸肺,久而成痰,痰气胶结,经络不通,血行不畅,蕴结成瘀,肺络痹阻,瘀痰胶结日益加重而化毒,痰热瘀毒相结于肺内日久而成结节。或后天失养或情志不畅或饮食不节日久,导致脏腑功能失调,如肝失疏泄、肺失宣降、脾失运化,气血津液失常,导致体内痰湿、瘀血、邪毒等病理产物聚积,阻滞气机,气机不畅郁而化热,“痰”“热”“瘀”“毒”相互胶着作用于肺而成肺结节。正如《诸病源候论·积聚候》所言:“诸脏受邪,初未能为积聚,留滞不去,乃成积聚。”由此可见,疾病在发生发展过程中,肺气亏虚是先决条件,气机不畅、热毒滞肺、痰瘀互结是关键病机,“痰”“热”“瘀”“毒”是主要病理产物,又是导致肺结节发生、进展为癌病的关键病因,二者相互影响、相互为病。

2 临证经验

对于肺结节的中医治疗,目前并无相关的专家共识,大多以名老中医经验为主,以辨证论治为主要辨治思路。但对于无症状肺结节的患者,常规辨证论治具有一定的局限性,因此有医家探索出从状态论治^[5],从体质论治^[6],从“辨体质、辨病、辨证”相结合辨治^[7],从“质”“形”“体”相结合辨治^[8]等综合辨治思路。亦有医家从病因角度运用不同理论如从伏邪理论论治^[9]、从郁论治^[10]、从痰核理论论治^[11]、从气血理论论治^[12]等进行辨治,均取得了良好疗效。柏教授从中医“整体观念”“治病求本”“治未病思想”等核心理论入手,认为无症状肺结节的病性总属本虚标实,正气不足为虚,“痰”“热”“瘀”“毒”为标,总体以标实为主。结合自身临证经验,博采众家之长,提出“辨病为基、病体同调、分层管理。守方图缓”的辨治思路,并在此思路指导下以“清肺化痰、行气活血、软坚散结”为治疗大法,总结出清肺散结方。

2.1 辨病为基,善用清法 柏教授擅长运用中医理论指导肺系疾病的病症结合治疗。临证中强调,针对临床中无证可辨之症,以辨病为基,病症结合相须为用。辨“病”一是辨西医之“病名”,了解其发病之机制,病理生理之演变等;二是辨中医发病之机制,疾病转归的情况等,并从中找出中西机制之异同,求同存异,针对相同之机制,运用中医理论,

指导理法方药,从而达到防病治病的目的。肺结节西医发病机制尚不明确,多认为与感染、吸烟、雾霾等因素诱发导致局部增殖有关^[1];这与中医认识肺结节的病因病机相通,根据二者特点,认为肺结节为有形之邪所致,其主要的病理产物为“痰”“热”“瘀”“毒”。柏教授基于《素问·至真要大论》中“坚者削之,结者散之,留者攻之”的原则,提出“清肺化痰、行气活血、软坚散结”的核心治法,并以此总结出核心经验方清肺散结方。该方由桑白皮、桑叶、蜜枇杷叶、前胡、黄芩、射干、马勃、芦根、金银花、郁金、鳖甲、土茯苓、山慈菇、夏枯草、杏仁、蜜紫菀、款冬花、金荞麦、矮地茶、瓜蒌皮、浙贝母、百部、桔梗、甘草组方而成。该方针对肺结节痰、热、瘀、毒的特点,适宜采用“清法”的原则,方中蕴含清宣、清化、清降、清润、清透、清补、清解等之意。以桑叶、金银花、马勃辛寒芳香,畅达肺络,宣透郁热;射干、黄芩、金荞麦苦寒泻火,清解热毒;瓜蒌皮、浙贝母清肺化痰;芦根、桑白皮甘寒生津,清宣润燥,配合鳖甲咸寒软坚,夏枯草、山慈菇、土茯苓解毒散结,消磨结聚。肺为清虚之脏,其性轻清空灵,不耐寒热,最易受外邪侵袭,易被有形之痰瘀实邪结聚。注重调畅肺部气机,恢复肺本清的生理特性,以杏仁、蜜紫菀、款冬花、矮地茶、百部、桔梗、蜜枇杷叶、前胡宣降配伍,气行则痰消瘀散,甘草调和药性。

2.2 病体同调,灵活裁减 中医体质学说认为,体质是指人体在先天遗传和后天获得的基础上所形成的功能和形态上相对稳定的固有特质^[13]。相当于西医学中“遗传易感因素”的范畴,影响着疾病的发生、发展及转化。“体病相关论”“体质可调论”^[14]的提出为中医辨证论治提供了新思路。柏教授临证中常强调肺系疾病的辨治尤其需重视体质的辨识,认为辨体质是辨证的基础,正确辨识体质类型,运用中医药积极干预治疗,调整患者偏颇体质,使之回归阴阳平衡,便可达到治疗疾病的目的^[15]。柏教授认为体质有偏颇、强弱之分,内生之邪亦有随体质的偏颇而从化之特性,故在临证运用清肺散结方时会根据不同体质类型进行灵活裁减,主要体现在以下几个方面:1) 用药种类方面,如气虚质者,常去黄芩、金银花、瓜蒌皮、前胡等性寒发散之品,以防伤脾胃,耗散肺气,加用黄芪、党参、白

术、茯苓、砂仁等以补益肺脾;加佛手、生麦芽疏肝理气散结,防肝木乘脾。阴虚质者,加麦冬、石斛、百合、沙参等;阳虚质者,常去方中苦寒伤阳之品,加用菟丝子、淫羊藿;血瘀质者,加用莪术、蜈蚣、川芎、赤芍等活血化瘀解毒之品;痰湿质者,宜用陈皮、法半夏、白术、茯苓等化痰燥湿之品;气郁质者,加用佛手、合欢皮、柴胡、生麦芽等以疏肝解郁。2)用药剂量方面,如平和质、气郁质、痰湿质、血瘀质等体质壮实者,用药剂量宜大;对于气虚质、阳虚质、阴虚质等体质瘦弱者,用药剂量宜轻。3)药物煎煮时间及服用方面,如平和质、气郁质、痰湿质、血瘀质等体质壮实者,药物煎煮时间不宜过长,建议煮开后继续煎煮20~30 min为宜,避免煎煮过久损失清宣类药物的药效,服用方法上宜温服或凉服;对于气虚质、阳虚质、阴虚质等体质瘦弱者,药物煎煮时长宜长,建议煮开后继续煎煮40~60 min为宜,一则减轻苦寒之品的药效,二则增强滋补之品的药效,服用方法上宜热服。通过灵活裁减,病体同治的方法,发挥出清肺散结方治疗、延缓、阻断甚至逆转结癌转化的疗效优势。

2.3 分层管理,守方缓图 对于肺结节的管理,国内外指南均采用分层管理的措施,根据结节的大小、形态及危险因素等不同,采用不同的随访措施或干预措施^[1-2]。柏教授对无症状肺结节患者的治疗常强调分层处理的方式:1)恶性概率高的结节,需增强祛邪力量,多在清肺散结方基础上加入莪术、重楼、菝葜、壁虎、臭牡丹等药解毒散结,并在早期建议患者行PET-CT、纤支镜穿刺活检等手段明确病理类型,确定恶性性质,尽早手术。2)恶性概率低和中等的结节,主要采用病体同治的方法,稳定,防止结节恶变,缩小甚至消除肺结节。3)肺结节术后患者,以扶正为主,兼以祛邪,加黄芪、生晒参、白术、菟丝子、淫羊藿等肺肾同治,培土生金。4)随访过程注重调神养心,情绪焦虑者可加柴胡、郁金、香附、合欢皮等疏肝解郁、开悦心气,失眠者可加酸枣仁、柏子仁、延胡索等养心安神助眠。对于“积”“岩”等慢性病症的治疗,柏教授强调“守方为第一要”^[15]。无症状肺结节患者短期内病性、体质等均不会快速发生变化,而结节由多种致病因素与病理产物胶着于肺内而产生,亦不能经过短期治

疗而快速消除,因此唯有守住基本方,持续服药,才能取得从量变到质变的治疗目标。因此对于肺结节的疗程方面建议以3个月为1个疗程,1个疗程后复查肺部CT评估肺结节情况。另外,根据结节危险程度分层的不同,服药时间亦不相同:1)对于恶性概率高的结节患者,需要长期服药;2)恶性概率低、中等的结节,经服药消除或缩小(部分)结节后,仍需坚持服药半年以上,预防复发;3)肺结节切除术后病检为恶性的患者,需要服药1年以上预防复发、改善症状。

3 典型病案

李某,女,36岁,2022年3月12日初诊。主诉:发现双肺结节3个月。患者诉3个月前因新型冠状病毒感染后出现咳嗽,以干咳为主,夜间为甚,剧烈时伴有双肋部疼痛,自行服用止咳化痰类药物后无效,至长沙市某医院就诊,完善肺部低剂量CT(2021年12月30日):1)支气管疾患;2)右肺下叶背段靠近胸膜处有一直径约6 mm结节灶,左肺散在多发实性小结节灶。遂嘱其6个月后复查。患者内心紧张,遂求中医药治疗至湖南省中西医结合医院门诊就诊。刻诊:神情焦虑,未诉特殊不适,食纳可,睡眠一般。舌淡红、苔薄白,脉平实。无吸烟史,家族中无肺癌病史,平素体健。西医诊断:1)多发性肺结节;2)慢性支气管炎。中医诊断:肺积,余邪未尽证;体质合型:气郁质。处方:桑白皮10 g,桑叶10 g,蜜枇杷叶10 g,前胡10 g,马勃10 g,射干10 g,黄芩10 g,芦根10 g,金银花10 g,郁金10 g,鳖甲15 g,土茯苓15 g,山慈菇15 g,夏枯草10 g,蜜紫菀10 g,金荞麦15 g,瓜蒌皮15 g,浙贝母10 g,款冬花10 g,百部10 g,桔梗10 g,佛手10 g,合欢皮15 g,生麦芽30 g,酸枣仁15 g,延胡索15 g,甘草6 g。30剂,每天1剂,水煎,分2次温服。并嘱患者注意饮食、运动调摄。4月13日二诊:患者自诉睡眠较前改善,于4月10日自行CT复查(外院):与前片对比,右肺下叶背段结节灶较前缩小,最大界面直径约3 mm,左肺多发实性小结节灶未见显影。其余无特殊不适。于一诊方基础上去延胡索,继服30剂,煎服法同前。5月15日三诊,要求复查肺部CT,显示肺部结节消失,予以院内膏方补肺益肾膏调理。嘱患者规律饮食睡眠,预防感冒。

按语:患者为青年女性,感染外邪后,余邪未尽,留恋于肺内,致使肺失宣发肃降,气机失常,津液代谢失常,停于胸肺,久而成痰,痰气胶结,经络不通,血行不畅,蕴结成瘀,肺络痹阻,瘀痰胶结日益加重而化毒,痰热瘀毒相结于肺内,日久而成结节。就诊时虽无症状,无相关危险因素,体质为气郁质,危险分层属于中危肺结节,故用清肺散结方加减治疗,方中用蜜紫菀、桔梗、浙贝母、射干、款冬花等清肺化痰,清解肺内余邪。结节为有形之邪,浙贝母、夏枯草、山慈菇、鳖甲、瓜蒌皮、郁金散结消瘀,以治其标。蜜枇杷叶、芦根、桑叶、桑白皮、百部等合用以清热行气、开郁宣肺。患者神情焦虑,故予以佛手、合欢皮、生麦芽以疏肝解郁、调畅气机,同时具有消结之功;睡眠不佳,用酸枣仁、延胡索安神养心助眠。甘草调和诸药,诸药合用,共奏清肺化痰、解毒散结、养心安神之功。二诊时患者睡眠情况好转,故去延胡索。经2个疗程共60剂服药治疗,最终双肺结节完全消除。患者结节虽然消除,正气亦会有所损耗,故予以补肺益肾膏调理收尾。本病案充分体现“辨病为基、病体同调、分层管理、守方图缓”的辨治思路,疗效显著。

4 小 结

肺结节属于临床常见病、疑难病,现代医学暂无特效诊治早期结节的手段,中医在“整体观念”“治未病思想”的指导下,特色及优势明显。而对于无症状肺结节的辨治仍是当代中医临床医师,尤其是基层医院中医师面临的首要困惑。柏正平教授运用“辨病为基、病体同调、分层管理、守方图缓”的辨治思路,提出“清肺化痰、行气活血、软坚散结”治疗大法,自拟清肺散结方运用临床,临床疗效良好,具有一定临床指导及实践价值,值得挖掘与继承。

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] ETTINGER D S, WOOD D E, AISNER D L, et al. Non-small cell lung cancer, Version 5. 2017, NCCN clinical practice guidelines in oncology [J]. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 2017, 15(4): 504-535.
- [3] 杨彤,陈勇,王洁,等.肺结节的中医治疗进展[J].实用中医内科杂志,2023,37(2):53-55.
- [4] 谭可欣,郑佳彬,张旭,等.中医药在肺结节全程管理中的优势及展望[J].中医杂志,2022,63(14):1388-1393.
- [5] 李梦乾,张晓梅,李宝重,等.从状态论治中危肺实性结节的随机对照临床研究[J].北京中医药大学学报,2023,46(4):551-556.
- [6] 侯鑫,庞立健,邹吉宇,等.基于中医体质学说论肺结节的防治[J].实用中医内科杂志,2023,37(10):90-92.
- [7] 马龙,王至婉,春柳,等.肺结节“辨病—辨证—辨体”的证候诊断模式探析[J].中华中医药学刊,2023,41(5):194-196.
- [8] 胡亚琪,胡凯文,高磊,等.胡凯文从“质”“形”“体”三态论治肺结节经验[J].中医药导报,2023,29(1):204-207,215.
- [9] 邹佳佳,孙子凯.从伏邪理论论治肺部结节[J].西部中医药,2022,35(8):48-51.
- [10] 李焯,舒鹏.基于“六郁”理论辨治亚实性肺结节[J].中医药学报,2023,51(5):17-20.
- [11] 张雨亭,王强.基于痰核理论论治肺结节[J].云南中医中药杂志,2023,44(8):107-110.
- [12] 王剑锋,周天,刘殿娜,等.从气血理论探讨肺结节的病机与防治[J].环球中医药,2021,14(1):36-40.
- [13] 王琦.中医体质学[M].北京:人民卫生出版社,2005:1.
- [14] 罗辉.中医体质学体病相关临床研究的系统评价和方法学研究[D].北京:北京中医药大学,2019:25.
- [15] 林婷婷,张真,柏正平.柏正平从“扶正、攻毒、调体、守方”四法并用治疗晚期肺癌经验[J].湖北中医杂志,2022,44(11):31-34.

(收稿日期:2024-01-18)

[编辑:韩晗]