

# 从“虚-郁-瘀”论治肺结节术后思路分析

王金娥<sup>1</sup> 王林洋<sup>2</sup> 蔡松<sup>1</sup> 孙放<sup>1</sup> 徐雨辰<sup>1</sup> 张立山<sup>2</sup>

(1. 北京中医药大学第一临床医学院, 北京 100029; 2. 北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

**摘要** “虚-郁-瘀”病理因素在肺结节的发病和术后病机改变方面皆发挥重要作用。气虚、气郁、血瘀是肺结节发病的基础。肺结节手术作为一种创伤性治疗, 对机体有一定损伤, 术后虚、郁、瘀病机的成因及程度发生变化, 表现为: 术后邪去正衰, 大气下陷; 术后正气亏虚, 气血津液无力运行, 因虚致郁; 术后血行不畅致瘀, 兼因气虚无力推动血行, 瘀血阻滞。基于上述病机, 肺结节术后可治以益气升阳举陷, 兼补气通滞理郁、活血通络消瘀。临证可选张锡纯理郁升陷汤作为基础方, 升阳举陷、疏肝理气、活血化瘀, 并随证加减。附验案1则以佐证。

**关键词** 肺结节; 肺结节术后; 大气下陷; 理郁升陷汤

**基金项目** 2019年度北京中医药大学基本科研业务费项目(2019-JYB-JS-069)

肺结节(pulmonary nodule, PN)是指肺内直径 $\leq 3$  cm的类圆形或不规则形病灶, 影像学表现为病灶呈密度增高的阴影, 可单发或多发, 边界清晰或不清晰<sup>[1]</sup>。近年来, 随着低剂量CT等先进技术的广泛应用、人们疾病防治意识的提升、肺癌高危人群筛查的普及与新型冠状病毒肺炎疫情期间肺部CT的普遍筛查, 肺结节的检出率和诊断率越来越高。现代医学根据个体或临床特征、影像学结果和临床肺癌概率将肺结节分为低危、中危、高危3个级别, 针对微小的中低危结节多采用影像学动态观察、定期随访的策略, 若影像学显示结节具有生长变化性则建议手术治疗<sup>[2]</sup>。但对于肺结节术后可能出现的气短乏力、咳嗽咳痰、胸闷胸痛、焦虑抑郁等诸多并发症, 现代医学治疗手段有限。而中医药干预在缓解肺结节术后并发症、改善患者生活质量方面有良好的效果。笔者认为“虚-郁-瘀”病理因素在肺结节的发病和术后病机改变方面皆发挥重要作用, 本文从肺结节的病机出发, 根据肺结节术后的症状特点分析其病机关键及有效治疗方剂, 以期中医药辨治肺结节术后提供参考。

## 1 虚-郁-瘀是肺结节发病的基础

**1.1 气虚是始动因素** 根据肺结节的临床表现可将其归于“肺积”“息贲”等范畴<sup>[3]</sup>。《素问·刺法论》云: “正气存内, 邪不可干。”肺结节发病以正气虚损为基础, 其中以肺气亏虚为主, 王剑锋等<sup>[4]</sup>指出肺气虚是肺结节发病的根本内因。结节以肺为盘踞

之地, 实因肺气虚在先, 即“邪之所凑, 其气必虚”。肺为华盖, 肺为娇脏, 外合皮毛, 开窍于鼻, 若肺气不足, 卫表不固, 则六淫邪气、烟雾粉尘等邪外侵皮毛, 内舍于肺, 邪正相搏, 正不胜邪, 遂结为有形之块。

**1.2 气郁是中心环节** 人身诸病多因郁而生, 朱丹溪云: “气血冲和, 万病不生, 一有怫郁, 诸病生焉。故人身诸病, 多生于郁。”肺结节的发病与气机郁滞密切相关, 或因情志不遂, 肝气不舒而郁, 《古今医统大全》言: “思则气结, 久成积也”; 或因痰浊、瘀血、邪毒等邪闭塞而郁, 《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痞痞源流》曰: “邪积胸中, 阻塞气道, 气不宣通, 为痰为食为血……遂结成形而有块。”故情志不畅或痰湿、食积、瘀血等邪气闭阻, 日渐胶结, 影响人体气机运行, 导致气滞气郁, 聚集成结。

**1.3 血瘀是推动要素** 《四圣心源》曰: “凡脏腑经络之气, 皆肺气之所宣布也。”肺朝百脉, 一身血脉皆聚于肺, 肺气宣降调节全身气机, 故有“血非气不运”之说。又肺结节的发病常有肺气虚在先, 肺气不足, 百脉不通, 血行不畅, 久而瘀积。且基于中医“肺络”理论, 肺络多气多血, 密集细化, 遍布全身, 若邪积日久, 损伤肺络则易致肺络瘀闭, 久而成积。叶天士言: “初病气结在经, 久则血伤入络”, 并创立了“久病入络”理论<sup>[5]</sup>, 王清任在其基础上提出“久病入络为瘀”<sup>[6]</sup>。肺结节的形成非一朝一夕, 其病程漫长<sup>[7]</sup>, 若邪气入肺, 缠绵迁延, 久病损及肺络, 络阻

瘀积成结。综上,肺结节的发展过程离不开血瘀这一病理要素的推动。

## 2 肺结节术后虚、郁、瘀状态的变化

现代医学治疗肺结节常用的手术方法是胸腔镜下肺叶切除术和亚肺叶切除术(肺段切除术和肺楔形切除术)<sup>[8]</sup>。虽然这些先进技术已广泛应用于临床,但肺结节手术作为一种创伤性治疗,对机体的损伤较大,且易产生并发症<sup>[9]</sup>,如肺部感染、肺出血、肺淤血、肺不张、肺功能下降等。有学者认为手术可归于中医学之“祛邪”疗法,也有专家提出手术对人体的损害与古代医家所论之“金创刀伤”类似<sup>[10]</sup>,如《证治准绳·疡医》云:“打仆金创损伤,是不因气动而病生于外,外受有形之物所伤,乃血肉筋骨受病。”《正体类要》亦记载:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。”肺结节手术在切除局部结块的同时也对人的整体状态造成了影响。临床观察发现,肺结节术后患者虚、郁、瘀的病机依然存在,但虚、郁、瘀的成因及程度较术前有所变化,具体讨论如下。

**2.1 术后致大气下陷** 外科手术虽有“祛邪”功效,但不足之处在于其形神损伤的可能性大,易导致邪去正衰、大气下陷。张锡纯在《医学衷中参西录》中首次提出“大气下陷”学说,认为大气贮于胸中,紧紧包举肺外,撑持全身,为诸气之纲领,若胸中大气下陷,则可见“气短不足以息,或努力呼吸,有似乎喘,或气息将停,危在顷刻”等症。临床发现,肺结节术后患者多见胸闷气短、咳嗽气喘、呼吸不利、乏力倦怠等症,此乃手术利刃剖胸开膛,机械性损伤戕伐胸中大气,耗伤气血所致。又肺结节患者本有肺气虚在先,又受外力损伤,二者相合,终使胸中大气愈虚且陷,一些学者也持类似观点<sup>[11-12]</sup>,故可认为大气下陷是肺结节术后的重要病机。

**2.2 术后可因虚致郁** 纵观历代医家对气郁的认识,多认为其病性属实,因气、血、津、液运行不畅而致气机郁滞。根据临床肺结节术后患者的症状及体征,我们发现肺结节患者术前的气郁状态多因实邪阻滞气机,病性多以实为主,但术后多为正气虚衰,气、血、津、液运行受阻,因虚而郁滞,病性属虚实夹杂。肺结节术后患者临床可见短气乏力、胸闷胸痛、沉默寡言、焦虑抑郁等症,其病机符合“虚气留滞”的特点<sup>[13]</sup>。肺结节手术耗伤气血,胸阳被伐,胸中大气下陷,气血津液运行无力而郁滞,此为因虚致郁。气机郁滞,影响肝之疏泄,肝气不舒,故见沉默寡言、焦虑抑郁;气机郁滞,不通则痛,且根据张锡纯的理

论,气陷多伴气分郁结,故见胸闷胸痛。因此,肺结节术后正气亏虚影响气血津液的正常运行是导致术后气分郁结的重要原因。

**2.3 术后致瘀血阻滞** 《灵枢·客邪》言:“宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心脉,而行呼吸焉。”《灵枢·经脉》曰:“心手少阴之脉,起于心中……其直者,复从心系却上肺。”指出了肺朝百脉,有助心行血之功,且心肺以经络相连,术后肺气受损,气虚无力推动血液,不能助心行血,亦致血液运行缓慢,经络阻塞,形成瘀血,如王清任所言:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”现代研究也表明,腔镜下肺叶切除术可能造成血流动力学指标剧烈波动,胸部手术可导致肺静脉淤血,肺静脉残端的血栓通过血液循环经过心脏流经颅内动脉导致血液形成湍流、淤血而致新发血栓<sup>[14-16]</sup>。瘀血一旦形成,进一步阻碍气机运行,而“运血者即是气”,气机郁滞,气不行血,将更加重血瘀状态,形成恶性循环。

## 3 举陷、理郁、消瘀是肺结节术后的主要治法

基于上述分析,我们认为肺结节术后属本虚标实之证,虚在大气下陷,实在气郁、血瘀,同时气陷既是本虚之果,又为标实之因,故益气升阳举陷法须贯穿治疗全过程,在此基础上,兼通滞理郁、活血通络,标本兼顾,虚实同调,以平为期。

**3.1 益气升阳以举陷** 大气以先天之元气为根,以后天水谷之气为养,支撑全身的生命活动。针对肺结节术后大气下陷的病机,遵“气虚宜掣引之”“邪在气分,而气虚者,宜提掣阳气以助正”之意,首先应益气以固本、升阳以举陷,恢复大气的功能,临床常用张锡纯所创的升陷汤治疗<sup>[17]</sup>。方中黄芪既善补气,又善升气,但唯恐其燥热,故以凉润之知母济之;柴胡为少阳经药,引大气自左升;升麻为阳明经药,引大气自右升;桔梗为舟楫之药,能载诸药上行胸中。若气虚甚者,可酌加人参、山萸肉以收敛耗散之气;若见恶寒、背冷等阳虚之症,可加干姜以温通心肺之阳;若见面色苍白、爪甲色淡等血虚之症,可加当归以养血和血(合当归补血汤之意)。其次,张锡纯认为“力小任重”“枵腹力作”“病后勤于动作”等是“大气下陷”的主要病因,故术后患者还须生活规律、起居有常、不妄作劳,以助大气的恢复。

**3.2 补气通滞以理郁** 肺结节术后“虚气留滞”形成的气郁证属因虚致实、本虚标实之证,故治疗除了补气升阳举陷的顾本之法外,还应着重理气通滞,以

治其标,从而恢复全身气机的正常运行,临床常用四君子汤合四逆散加减治疗。方中人参、白术、黄芪等补助正气,柴胡、枳实等疏理气滞。又气能行津,气滞则津停,津聚则易生湿生痰,故若见咯痰、胸闷气短等症,多为气滞痰阻证,可加半夏、陈皮、茯苓、紫苏子等理气化痰之品。此外,对于肺结节术后患者焦虑抑郁等不良情绪状态,应及时地筛查并识别,当治以疏肝理气、调和气机、移情易性,且在药物治疗的同时也应给予患者心理的关注和疏导,以提高治疗效果。

**3.3 活血通络以消瘀** 根据《素问·至真要大论》“坚者削之,客者除之……结者散之,留者攻之”的治则,宜采用活血通络的攻邪之法,疏通脉络而畅胸中气机,以助大气生成和功能恢复,临床常用血府逐瘀汤合活络效灵丹加减治疗。方中桃仁、红花、乳香、没药等活血化瘀;柴胡、枳壳等疏理气机,以达气行则血行之效。若兼见夜间潮热、心胸烦躁、舌暗红、脉数等症,多为瘀血郁而化热所致,可加性微寒之玄参祛浮游之火;或用甘寒之生地黄清热凉血,且《神农本草经》言生地黄最善“逐血痹”,恰适术后瘀血之病机。但需注意术后患者仍以正虚为本,虚实夹杂,治疗应以扶正为主,兼以攻邪,正如《临证指南医案》指出:“大凡络虚,通补最宜”,当通补兼施,寓通于补,且攻邪须中病即止,即衰其大半而已,勿犯攻邪伤正之弊。

#### 4 古方今用——理郁升陷汤治疗肺结节术后

理郁升陷汤出自张锡纯所著的《医学衷中参西录》,为四升陷汤(升陷汤、回阳升陷汤、理郁升陷汤、醒脾升陷汤)之一,是张锡纯在升陷汤的基础上加减而成,用于“治胸中大气下陷,又兼气分郁结,经络湮瘀者”。该方由生黄芪(六钱)、知母(三钱)、当归身(三钱)、桂枝尖(钱半)、柴胡(钱半)、乳香(三钱,不去油)、没药(三钱,不去油)组成。此方药味虽简,但证机明确,张氏于书中记载应用本方治疗产后劳力过度所致胸中满闷、少女脐下癥瘕伴小腹沉重下坠作疼,皆取效甚捷。此方主要针对胸中大气下陷,又兼气分郁结、经络瘀滞的病机。方中生黄芪益气升阳举陷,张锡纯论生黄芪既补气,兼能升气,善治胸中大气下陷,但恐其性稍热,故配以凉润之知母以济之,并用少量柴胡、桂枝尖助黄芪以升阳举陷,兼能疏理肝气以治气郁。张氏云:“桂枝,味辛微甘,性温,力善宣通,能升大气(即胸之宗气)。”又言:“乳香气香窜,味淡,故善透窍以理气;没药气则淡薄,味则辛而微酸,故善化

瘀以理血。”故用等量的乳香、没药以理气化瘀,二药虽为开通之品,但不至耗伤气血,诚为良药。当归身补血、活血以调和气血。诸药合参,恰适胸中大气下陷、气分郁结兼经络瘀阻之证,且扶正而不助邪,祛邪而不伤正,标本兼顾,虚实同调。针对肺结节术后患者气陷、气郁、血瘀之证,理郁升陷汤最为合拍。

此外,临床应用此方应据证变通加减,而不墨守成方。若兼胁下撑胀或疼痛者,此多因气机郁滞、肝气横恣,遵张氏方后注加龙骨、牡蛎以收敛肝气;若见胸膈憋闷、气短不足以息、小腹坠胀、寸脉虚陷等症,此为术后正气虚极,大气下陷过甚,可加升麻、桔梗以升举虚陷之气(合升陷汤之意);若见咯痰量多,胸中满闷,此因痰浊阻肺所致,宜加陈皮、瓜蒌、薤白等宽胸理气化痰;若见舌质暗、有瘀斑瘀点、脉弦数等症,多为瘀血郁而化热,酌加丹参、玄参、生地黄等凉血活血。

#### 5 验案举隅

田某,男,54岁。2019年1月28日初诊。

主诉:胸闷气短、乏力1周。患者于2018年6月26日于北京某医院体检时查胸部CT提示:右肺中叶及左肺下叶磨玻璃微结节及小结节,大小约8 mm×9 mm。胸外科建议手术切除,但患者自行要求继续观察。患者平素工作劳累,忧思多虑,其他无明显不适。后患者定期复查胸部CT,均较前无明显变化。2018年12月12日患者于外院复查胸部CT提示:右肺中叶及左肺下叶磨玻璃微结节及小结节大致同前。胸外科再次建议手术切除,患者于2019年1月23日行肺结节切除术,病理提示腺癌。患者术后出现严重的胸闷气短症状,为寻求中药调理,遂来北京中医药大学东直门医院呼吸科就诊。刻下:胸闷气短,语声低微,乏力,进食后易咳,咳痰色白、质稀、量少,偶感胸痛,前胸怕冷,口干,忧思多虑,沉默懒言,纳眠可,小便可,大便日一行,质偏干,舌暗红、苔薄白,脉沉细。西医诊断:肺结节术后;中医诊断:虚劳(大气下陷、气郁血瘀证)。治法:益气举陷,理气消瘀。予理郁升陷汤加减。处方:

生黄芪15 g,升麻6 g,桔梗6 g,知母10 g,桂枝6 g,柴胡6 g,当归10 g,乳香6 g,没药6 g,陈皮6 g。7剂。每日1剂,中药免煎颗粒,水冲,早晚分服。

2019年2月11日二诊:患者服药5剂后诸症好转,又自行服用7剂。诉服药后胸次顿开,胸闷气短症状明显改善,精神好转,咳痰减少,餐后咳

止,口微干,胸痛已解,大便偏干,舌暗红、苔薄白,脉右沉细、左细弦。初诊方当归用量增至15 g,14剂,服法同前。

2019年2月25日三诊:患者服药后症状持续改善,胸闷气短症状已不明显,体力增强,精神良好,偶有劳累后微咳,咳少量白稀痰,纳眠可,小便可,大便日一行,质已正常,舌暗、苔薄白,脉细弦。继予二诊方14剂以巩固疗效,服法同前。

后患者定期复诊,体力明显增强,精神佳,偶有劳累后微咳,予理郁升陷汤加减治疗近半年,病情稳定。

按:本案患者肺结节术后出现严重胸闷气短、语音低微、乏力、易咳等症,乃大气下陷之证。张锡纯言:“大气者,充满胸中,以司肺呼吸之气也。人之一身,自飞门以至魄门,一气主之。”若大气虚陷于下,致胸中气虚,肺失宣降,故见胸闷气短、乏力、咳嗽、脉沉细等表现。又因术后耗伤气血,气血津液运行无力而致气机郁滞不通,影响肝之疏泄,肝气不舒,故见忧思多虑、沉默懒言等症。气为血之帅,血随之而运行,气虚可致血瘀。患者术后气虚已极,无力推动血液,导致血瘀证,胸痛、舌暗红乃其表现。故四诊合参,辨为大气下陷、气郁血瘀证。初诊用理郁升陷汤加减,方中生黄芪、升麻、桔梗,凭其升浮之性,发挥益气升阳举陷之功;然恐诸药辛温燥热有耗气之虞,故配凉润之知母以佐制;柴胡、桂枝理郁通滞;当归、乳香、没药活血化瘀通络;另见患者咯痰量少,故加陈皮理气化痰。二诊时,患者气短乏力等症明显改善,又因大便偏干,故加大当归用量,质润以通便,且《神农本草经》言当归又善“主咳逆上气”,故兼取其止咳之功。三诊时,患者诸症明显缓解,故守方以资巩固。本病以大气下陷为本,气机郁滞、瘀血阻滞为标,故治以益气升阳、理郁通滞、活血化瘀,方证对应,故药少效宏。

### 参考文献

- [1] 周清华,范亚光,王颖,等.中国肺结节分类、诊断与治疗指南(2016年版)[J].中国肺癌杂志,2016,19(12):793.
- [2] 刘春全,崔永.肺结节评估四大指南比较分析[J].中国肺癌杂志,2017,20(7):490.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 崔冰慧,郑旭锐,叶天士“久病入络”学术思想及络治法探析[J].中医学报,2020,35(1):59.
- [6] 范志勇,陈利国.久病入络为痰的刺灸思路[J].针灸临床杂志,2010,26(4):61.
- [7] 魏华民,朱瑞丽,刘瑞,等.从痰瘀窠囊论治肺结节[J].世界中医药,2018,13(11):2701.
- [8] 陈其瑞,胡滨,王洋,等.胸腔镜解剖性亚肺叶切除在肺结节治疗中的应用[J].中国胸心血管外科临床杂志,2022,29(1):30.
- [9] 孙静,黄涛.探讨不同胸腔镜手术切除方式治疗肺部小结节的临床疗效比较[J].中南医学科学杂志,2020,48(2):131.
- [10] 陈志强.围手术期术后胃肠功能障碍的辨证论治策略[J].中国中西医结合杂志,2013,33(2):149.
- [11] 李杰,花宝金,林洪生.从大气下陷理论探讨胸部恶性肿瘤术后症状的辨治[J].中医杂志,2014,55(21):1822.
- [12] 申梦岚,李全,宋凤丽,等.李全从“正虚伏痰”分期分证论治肺结节病经验[J].中医药导报,2021,27(4):192.
- [13] 黄世敬,吴萍.“虚气留滞”与血管性抑郁症[J].中国中医基础医学杂志,2006,12(12):901.
- [14] 李锋.右美托咪定对老年胸腔镜肺癌根治术患者血流动力学与肺功能的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(4):83.
- [15] KOBAYASHI Y, YAHIKOZAWA H, TAKAMATSU R, et al. Left upper lung lobectomy is an embolic risk factor for cerebral infarction[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2017, 26(9): e177.
- [16] KITAJIMA A, OTSUKA Y, LEFOR A K, et al. Acute cerebral infarction in a patient with an epidural catheter after left upper lobectomy: a case report[J]. BMC Anesthesiol, 2019, 19(1): 27.
- [17] 张锡纯.医学衷中参西录[M].太原:山西科学技术出版社,2009:82.

第一作者:王金娥(1996—),女,硕士研究生在读,中医内科学专业。

通讯作者:张立山,医学博士,主任中医师,博士研究生导师。lszh111@sina.com

收稿日期:2021-12-25

编辑:吴宁 张硕秋

