

本文引用: 张文飞, 刘娜, 米浩铭, 田栋峰, 丁念. 基于“痞坚之处, 必有伏阳”理论探析肺结节的中医病机与治疗思路[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(9): 1893–1898.

基于“痞坚之处, 必有伏阳”理论探析肺结节的 中医病机与治疗思路

张文飞^{1,2}, 刘娜^{1,2}, 米浩铭^{1,2}, 田栋峰^{1,2}, 丁念^{2,3*}

1.湖北中医药大学,湖北 武汉 430061;2.武汉市中医医院,湖北 武汉 430014;

3.湖北中医药大学附属国医医院,湖北 武汉 430014

〔摘要〕中医学认为,肺结节的发生与阳气功能失常密切相关。脏腑失和、阳气功能失司、痰湿瘀毒结聚肺络是肺结节发生的重要病机。本文基于“痞坚之处, 必有伏阳”理论,提出肺结节的“痞坚”属性与阳气虚郁形成的“伏阳”病理状态具有高度一致性,并系统探讨肺结节的中医病机演变规律与临床辨治思路,构建肺结节“阳虚为本”“阳郁为枢”“郁火为变”的核心病机体系,确立温阳化气、通阳行气、清解郁火治其本,化痰消瘀治其标的治疗原则。并附医案一则,以资佐证,为肺结节的临床治疗提供参考。

〔关键词〕肺结节;痞坚;伏阳;病因病机;治法;阳虚为本;阳郁为枢;郁火为变

〔中图分类号〕R256

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.09.020

TCM pathogenesis and therapeutic approaches of pulmonary nodules based on the theory of "where there is hardness and pain, there must be hidden yang"

ZHANG Wenfei^{1,2}, LIU Na^{1,2}, MI Haoming^{1,2}, TIAN Dongfeng^{1,2}, DING Nian^{2,3*}

1. Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan, Hubei 430061, China; 2. Wuhan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan, Hubei 430014, China; 3. National Medicine Hospital Affiliated to Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan, Hubei 430014, China

〔Abstract〕 Chinese medicine holds that the onset of pulmonary nodules is closely related to dysfunction of yang qi. Disharmony of the zang-fu organs, impaired function of yang qi, and the accumulation of phlegm, dampness, blood stasis, and toxin in the pulmonary collaterals constitute important pathogenesis for the development of pulmonary nodules. Based on the theory of "where there is hardness and pain, there must be hidden yang," this paper proposes that the "hardness and pain" attribute of pulmonary nodules is highly consistent with the "hidden yang" pathological state formed by yang qi deficiency and stagnation, and systematically explores the TCM pathogenesis evolution and clinical pattern identification and treatment approaches for pulmonary nodules. It constructs a core pathogenesis system for pulmonary nodules characterized by "yang deficiency as the root," "yang stagnation as the pivot," and "stagnant fire as the transformation," and establishes the treatment principles of warming yang and transforming qi, unblocking yang and promoting qi movement, and clearing and resolving stagnant fire to treat the root, while resolving phlegm and eliminating blood stasis to treat the manifestations. A medical record is also attached as supporting evidence,

〔收稿日期〕2026-03-07

〔基金项目〕湖北省中医药创新发展联合基金项目(2026AFC0812);湖北省自然科学基金重点项目(2019CFB633);湖北省中医药管理局中医药科研项目(ZY2023F053)。

〔通信作者〕* 丁念,男,博士,主任医师,硕士研究生导师,E-mail: 1468153352@qq.com。

providing reference for the clinical treatment of pulmonary nodules.

[**Keywords**] pulmonary nodules; hardness and pain; hidden yang; etiology and pathogenesis; therapeutic method; yang deficiency as the root; yang stagnation as the pivot; stagnant fire as the transformation

肺结节是指肺内直径 ≤ 3 cm的局灶性、圆形或类圆形病变,其影像学表现通常为单发或多发的、密度增高的实性或亚实性肺部阴影,不伴有肺不张、肺门淋巴结肿大及胸腔积液^[1]。近年来,随着低剂量螺旋CT成像技术的不断进步及广泛应用,肺结节检出率较以往显著提升^[2]。西医学对于有手术指征的肺结节患者,通常首选手术治疗。手术治疗虽可去除部分病变组织,但缺乏防止结节术后复发的有效手段。针对不具备手术指征(如活检成功率较低、恶性肿瘤概率较低等)的部分结节,西医学缺乏相应的治疗药物,常建议患者定期进行肺部影像学随访^[3-4]。

中医学将肺结节归属于“积聚”“肺积”“痰核”“窠囊”等范畴。中医学具有整体观念、辨证论治的诊疗特点,运用中医药干预肺结节全程管理、延缓“结-癌”转化方面颇具优势^[5-6]。阳气生理功能发生障碍与肺结节的产生具有密切关系。国医大师洪广祥提出,阳气亏虚是肺结节等肺系疾病发生的根本原因^[7]。然而,当前基于“痞坚之处,必有伏阳”理论治疗肺结节的研究尚少,现有文献多从炎-癌转化、恶变机制等角度论述,侧重于防治结节癌变。同时,相关研究的辨治方药较为散乱,对肺结节的病机演变规律及辨证论治缺乏系统阐释。鉴于此,本文基于“痞坚之处,必有伏阳”理论,提出肺结节“阳虚-阳郁-郁火”动态病机模式及相应四法治疗体系,为临床治疗肺结节提供新思路。

1 “痞坚之处,必有伏阳”学术内涵探析

《说文解字·卷八·疒部》载:“痞,痛也。”《说文解字·卷六·土部》载:“坚,刚也。”“痞坚之处”即坚硬且伴有疼痛的地方,亦可引申为体内瘀血、痰浊等阴邪结聚不通之处,是“阴成形”病理过程的典型表现。“伏阳”一词源于《素问·本病论篇》:“民病伏阳在内,烦热生中。”可见,伏阳是机体被邪气闭阻而致病理之阳气郁结不散的状态^[8]。“痞坚之处,必有伏阳”首见于尤怡《金匱要略心典·痰饮咳嗽病脉证治第十二》:“上为喘满,下为痞坚,则不特碍其肺,抑且滞其胃矣……行水气而散结气,而痞坚之处,必有伏阳。”其原意为支饮停聚胸胁日久致成痞坚,痞坚之处,气滞不行,郁久化火生热。张秉成在《成方便读·

卷三·消导之剂保和丸》中亦提及“痞坚之处,必有伏阳”,认为凡因气血运行不畅、湿停、食积、寒郁、积聚形成的“痞坚之处”,皆可闭阻阳气,使阳气伏于患处而发热^[9]。“伏阳”的概念在后世得到丰富与发展,从早期“阳气郁遏、内热潜伏”的狭义病机,逐步拓展为由潜在致病因素所引发的阳气虚郁的病理状态,从而具有双重病理内涵。伏阳不仅指邪气阻滞所致的郁遏之阳,亦是阳气温化功能失常的病理之阳^[10-11]。

“痞坚”是阴邪凝聚之体,“伏阳”是阳气异常之用,二者并非简单的线性因果关系,而是一种相互影响的双向病机循环模式:机体潜在的阳郁或阳虚状态,易致津液输布失常,聚而为痰,或使血液运行不畅,滞而为瘀,从而形成痰瘀互结之“痞坚”;痰瘀结聚之痞坚阻隔经络,阳气运行受阻,则阳郁于内,或因郁致虚,“痞坚”致“伏阳”。因此,“痞坚伏阳”的本质是阳气虚郁为本,痰瘀互结为标,痞坚为形,伏阳为变。痞坚之处,易致伏阳;伏阳不行,痞坚愈生。痞坚与伏阳互为因果,影响疾病的发生发展进程^[12-13]。

2 从“痞坚之处,必有伏阳”探析肺结节的中医病机

在肺结节的发病过程中,“痞坚”与“伏阳”相互影响,贯穿结节发生与演变之始终^[14]。气、痰、湿、瘀等病邪积聚肺络,日久不化而成“痞坚”之结节。“痞坚”之处,气血不畅,阳气闭阻,变生“伏阳”。“伏阳”不通,则津血不行,或“伏阳”化热,煎灼津血,均可加重痰瘀的形成,则痞坚结节愈难消散。此外,“痞坚”实邪不仅闭阻阳气,还会攻伐人体正气,导致人体阳气虚衰,温煦失司,进一步加重“伏阳”的病理状态。现结合该理论探讨其具体病机。

2.1 阳虚为本:肺结节形成的病理基础

《素问·生气通天论篇》云:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰。”阳气为人体一身之主宰,亦是人体生命活动的核心能量。人体之脏腑经络发挥正常生理功能,气血津液得以运行输布如常,均需要阳气的温煦与推动。而机体潜在的阳气虚弱状态亦属广义“伏阳”范畴。研究显示,肺结节患者大多存在体质偏颇,其中阳虚体质占比较高^[15]。肺主宣发肃

降,通调水道,又朝百脉而助心行血。脾主运化水湿,又主统血。肾主水,内寓元阳,为气化之根。机体阳气亏虚则三脏失职;肺气不布则津壅为痰,助血无力则滞涩成瘀;脾不运化则聚湿生痰,脾不统血则血溢为瘀;肾不化气则水泛为痰,不助心阳则血凝为瘀。痰瘀既生,相互胶结,附着于肺之络脉,渐成有形之“痞坚”,此即结节之雏形。另外,阳虚导致卫气不固,藩篱失守,风寒、疫毒、雾霾等外邪易乘虚袭肺,外邪或直中肺络,或引动内伏之痰瘀,使已成之结节加重、增多,或诱发新结节。有研究表明,肺结节多由遗传、感染、自身抗原不耐受等因素诱发,约50%的肺部小结节由炎症引起^[6]。多种炎症细胞浸润及其分泌的炎症因子所形成的炎症微环境,是导致局限性肺结节发生的重要基础^[7]。因此,“伏阳”状态下,机体阳气亏虚,是“痞坚”结节形成的病理基础。

2.2 阳郁为枢:肺结节形成的核心病机

“伏阳”状态下,人体之阳气被各种邪气所遏,肺脏阳气郁滞,气机升降失司,全身气机之功能失常。《医述·卷十·杂证汇参》云:“痰本津液所化,行则为液,聚则为痰。”《灵枢·百病始生》曰:“六输不通,温气不行,凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去,而积皆成矣。”若阳气郁滞不行,则温煦通达之力不足,导致气之行津、行血功能失常。津液通行不畅,阻滞于局部,久不得温通,化为痰邪;血液运行迟缓,留滞于络脉,渐成瘀血。痰邪既成,进一步阻碍气机,气滞则血行愈艰,瘀血渐增;瘀血内停,亦阻碍津液布散,使痰浊愈聚。痰瘀互为因果,相互胶结,终成有形之邪,伏结于肺,变生痞坚结节。

人体气机平衡失调是肺结节发生的重要原因^[8]。具体言之,多责之肺、肝两脏。《杂病源流犀烛·肝病源流》言:“肝和则生气,发育万物,为诸脏之生化。”肝主升,肺主降,二者共同调节全身气机运行,生理病理关系密切。肝主疏泄,升发条达全身气机,肺主宣发肃降,肝肺两脏密切配合,使诸脏之气生发有序,气血冲和,五脏安定,生机不息。若人体处于气机郁滞之“伏阳”状态,肝肺失和,升降失常,肺阳不得宣发,宣降清润之性被扰,气机受阻,水湿痰浊内停而致肺积。综上所述,伏阳郁遏,气机升降失司,津血不行,日久痰瘀积聚于肺络是肺结节产生的核心病机。

2.3 郁火为变:肺结节形成的重要病因

肺络是肺脏在经脉系统中延伸的深部络脉,其

功能与肺的功能特性相应,故外来病邪易侵袭肺络,沿肺络入里发生由气及血的传变;反之,肺络也易受全身病变影响,使肺脏受内邪侵袭^[9]。肺络狭小迂曲,具有细小别开、支横别出、网格分布的特点,且其结构呈层级递进分布,决定了肺络具有易滞易瘀、易入难出、易积成形的病机特性^[20]。肺络易滞易瘀的特点导致伏阳之邪尤易盘踞其中。《丹溪心法·卷一·火》指出:“气有余,便是火。”气郁日久则易化火,此火乃气机乖戾所生,循经上炎于肺。伏阳之下,阳气郁滞内蕴,固守一隅,郁而化火。《医学入门·外集卷四·内伤》言:“气浊火盛,熏蒸津液成痰,痰郁成积。”伏阳郁火,灼烧津血,津得热则黏,血遇火则凝,痰浊瘀血相互胶结,聚于肺络成结,为肺结节产生的重要病理因素。

3 运用“痞坚之处,必有伏阳”理论辨治肺结节

3.1 温阳化气,畅肺脏之络

《证治汇补·积聚》言:“壮实人无积,虚人则有之。”阳虚是肺结节发生进展的重要病理基础。“伏阳”状态下,人体阳气亏虚,温煦通达之力不足,津血输布失常,变生水湿痰瘀,积滞日久,易生结节。《王旭高医案·积聚门》载:“积聚之病,大抵寒多热少,虚多实少……气温则行,气寒则凝,营运其气,流通其血,为治积第一法。”此论强调了温阳法治疗积聚类疾病的重要性。阳气得充,气血运行如常,肺络畅通,则结节易除。临床可选苓甘五味姜辛汤加减作为治疗阳气亏虚型肺结节之主方。干姜为君药,辛热燥烈,归肺、脾、胃经,善温上、中二焦肺胃之虚寒,尤能祛脏腑沉寒痼冷,温复阳气,使气化得行,水饮自散。细辛为臣,辛温走窜,通彻表里,既能助干姜温肺散寒,又可宣通脉络、透达百节,使凝结之邪有外透之机。干姜、细辛两药合用则温肺化饮之力倍增,共解寒凝之困。五味子酸甘敛肺、滋肾纳气,一则防干姜、细辛辛散太过、耗伤肺气,二则敛肺止咳。甘草甘平,调和诸药、益气和缓,为使药。全方温而不燥,散中有收;以温阳为本,使阳气复则气化行;以辛散为用,使凝邪散而脉络通;以渗利为助,使水饮去而痰浊消;以酸敛为制,使肺气得安而久咳止。诸药共奏温阳化饮、宣痹散结之功,使阳气充盛,气化如常,正合“养正积自除”之治疗大法。

阳气亏虚,气行津、行血功能减弱,则痰浊瘀毒易结聚肺络,故可酌情加入蜂房、丝瓜络等通畅肺络

之品,助结节消散。有研究显示,蜂房具有良好的抗炎、抗氧化功效^[21]。肺结节病位在肺,与脾、肾相关,此三脏皆以阳气为用。肺阳以先天肾中元阳为根基,又赖后天脾胃阳气充养,温肺阳同时应当不忘固护脾肾阳气。用药时多选用人参、白术、山药、砂仁等补脾阳,附子、肉桂、鹿角胶、肉苁蓉、淫羊藿等温肾阳。肺为娇脏,不耐寒热。肺结节病机虽以虚寒为本,然温补不宜太过,宜适当加入麦冬、玉竹等滋阴润肺之品,以防过用温补药物而伤阴之弊。《诸病源候论·癥瘕候》言:“癥瘕者,皆由寒温不调,饮食不化,与脏气相搏结所生也。”应当重视饮食调摄对肺结节的影响,嘱患者莫贪凉受寒,忌食生冷之品,注意顾护周身阳气。

3.2 通阳行气,泻伏阳之邪

《丹溪心法·六郁》言:“气血冲和,百病不生,一有怫郁,诸病生焉。”可知,气机郁遏,气血失调是人体发病的核心病机。叶天士《临证指南医案·肿胀》言:“盖通阳则浊阴不聚。”通阳可使阳气通畅顺达,以助气滞、痰饮、瘀血等邪气消散。通阳行气,枢机通畅,经隧通利,肺气转输,升降正常,伏阳得泻,气行无阻,则结节可消。故治疗肺结节重在通阳、行气、解郁。四逆散是解阳气被郁之方,并能宣达和解肝气郁滞。临床可用四逆散加减治疗肺结节属阳郁证者。方中柴胡性味苦、辛,归肝、胆经,能条达肝气、升阳解郁,使郁遏之阳气得以布散;枳实性寒,味苦、辛,归脾、胃经,能降泄下行、破气消积,导壅滞之邪从下而去。二者相配,升降相因,气机周流,是本方疏通气机之核心药物。白芍养血柔肝,与柴胡相伍,散收同用,既助气机畅达,又防阴血耗伤,正合肝脏体阴用阳之性。甘草调和诸药,缓中补虚。全方以疏达为法,使阳气得伸,气血畅行,则郁结自散。临证还可选用“茯苓-桂枝”作为通阳法之对药。桂枝辛、甘,归心、肺、膀胱经,温通经脉、利肺气。茯苓性平,功擅淡渗利水,可使伏邪从小便去,而无伤阳之弊,正合“通阳不在温,而在利小便”之妙。

《灵枢·百病始生》云:“若内伤于忧怒……而积皆成矣。”有研究调查260例肺结节患者发现,处于抑郁、焦虑状态的患者比例分别为61.15%、61.92%^[22]。患者罹患结节,忧思郁怒,易致肝气郁结,促生痰湿瘀血,加重病情。可在四逆散基础上加入香附、紫苏等药以复肝主疏泄之功,并稍佐理气健脾之品,如木

香、枳壳等调理脾胃气机,帮助驱散伏阳之邪,使阳气得以正常布散。

3.3 清解郁火,透伏藏之热

“郁火”是肺结节发生加重的原因。阳郁日久,气机壅塞,不得外达,蕴而化火,进而煎灼津血,酿生痰瘀互结之痞坚结节。此类肺结节患者可见干咳,或咳痰黄黏,心烦易怒,咽干咽痛,口干口苦,大便干,小便黄赤,舌红,苔薄黄或黄腻,脉弦数等。《素问·六元正纪大论篇》云:“火郁发之。”故治疗应当清解与透达并用,使郁开火散、热有出路。临床上可选用代表方升降散辨证加减。方中僵蚕为君药,性平,味咸,轻薄,能清解郁热、升清散火,又可化痰散结;蝉蜕为臣药,质清升浮、疏风散热,助僵蚕宣透郁热,使伏藏之火从表而越;姜黄、大黄辛苦通降、行气泻热,使郁火从下、从内而泄。四药合用,升降相宜,内外通达,共奏宣透郁热、升清降浊之功。临证可灵活化裁,如郁火夹痰者加浙贝母、瓜蒌等清热化痰;郁火夹瘀者加丹参、郁金等凉血散瘀,或加生地黄、沙参等防郁火伤阴。炎症是肺结节产生的重要原因^[23]。现代药理学研究表明,升降散具有抗感染、抑制炎症反应、改善血液微循环、调节免疫等作用^[24]。针对肺结节“郁火为变”之病机,本方可使气机得畅,郁火得散,痰瘀无源以生,结节无留滞之地。

3.4 化痰消瘀,除痞坚之所

“伏阳”病理状态下,痰浊瘀血互结于肺,是肺结节产生的核心机制。《素问·调经论篇》曰:“孙络水溢,则经有留血。”痰属津、瘀属血,津血同源,二者在病理上密切相关,治疗应痰瘀同治、扶正祛邪。临床上多以二陈汤合桂枝茯苓丸治疗痰瘀互结型肺结节。半夏辛温燥烈,直入肺脾,可燥湿化痰、降逆散结;陈皮辛、苦,性温,可理气燥湿,气行则痰自消。二者相须为用,共除已成之痰。茯苓甘淡渗利、健脾化痰;甘草甘平,健脾和中、调和诸药。二者相配,健脾渗湿以杜生痰之源。桂枝茯苓丸为医圣张仲景的名方。桂枝辛甘而温,归心、肺经,温通血脉、畅达阳气,使凝滞之血得温而行;桃仁苦、甘,性平,破血祛瘀,善消有形之癥积;牡丹皮苦、辛,微寒,凉血活血,既能助桃仁散瘀,又可清解瘀久所化之伏热;芍药苦、酸,微寒,养血和营,与桂枝相伍,温寒并用,通养结合,活血而不耗阴;茯苓健脾而化痰湿,与诸药相合,寓化痰于活血之中,暗合痰瘀同治之旨。两方合用,半夏、陈皮燥痰于上,茯苓、甘草渗湿于下,桂枝、桃

仁、牡丹皮化瘀于中,芍药养血以佐之,共奏化痰祛瘀、消癥散结之功。

影像学根据肺结节的密度特征,主要将其分为纯磨玻璃结节、实性结节与混合性结节^[25]。徐力教授认为,纯磨玻璃结节偏于痰浊,实性结节偏于瘀血,混合性结节多以痰瘀互结为主^[26]。三者之中,混合性结节的恶性程度最高,纯磨玻璃结节和实性结节次之^[27]。不同类型的肺结节其病理性质存在差异,故治疗亦应各有侧重。病理性质以痰浊为主的纯磨玻璃结节,可加葶苈子、皂荚、牡蛎等药以增强化痰散结之力;以瘀血为主的实性结节,可加三棱、莪术、水蛭等药以增强化瘀散结之力;混合性结节密度居中,痰饮、瘀血比例相近,治疗宜以化痰活血兼顾并行之法组方,使痰瘀同消而不致一方偏盛。二陈汤中,半夏、陈皮偏温燥;桂枝茯苓丸中,牡丹皮、芍药偏寒凉。二方合用,祛痰以通瘀路,活血以化痰源,且寒温相制,适用于痰瘀互结且无明显寒热偏向的肺结节患者。然肺为娇脏,不耐寒热,结节日久,痰瘀多有变证。痰热者,加黄芩、瓜蒌、浙贝母;寒痰者,加紫苏子、白芥子、款冬;燥痰者,加川贝母、天花粉、南沙参。若兼见痰中带血丝者,可加入白茅根、仙鹤草等凉血止血之品;若痰瘀日久化热、毒热内生者,可用仙方活命饮加减清热解毒、化痰消瘀溃坚,酌情加入白花蛇舌草、半枝莲、猫爪草等药以增解毒散结之功。对于部分顽固之结节,除单纯用祛痰化瘀之法外,还可酌情加入土鳖虫、地龙、僵蚕等虫类药物,增强散结通络之力。

4 验案举隅

冷某,男,55岁。初诊:2023年11月29日。主诉:体检发现肺结节1个月余。患者有吸烟史20余年,每日10余支,至今未戒烟。现症见:时感恶寒怕冷,手足不温,偶有呼吸不畅,咽中异物感,情绪不舒时症状明显,咳白痰,纳可,二便调,夜寐安。舌淡红,边有齿痕,苔白腻,脉沉细滑。2023年10月15日肺部CT示:左肺上叶下舌段见一8 mm×7 mm磨玻璃样结节。西医诊断:孤立性肺结节。中医诊断:肺积(阳虚痰凝证)。治宜温阳化气,化痰散结。方选苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减。处方:干姜15 g,细辛5 g,肉桂10 g,肉苁蓉10 g,五味子6 g,甘草9 g,茯苓20 g,陈皮15 g,姜半夏10 g,乌梅6 g,浙贝母15 g,牡蛎30 g,柴胡9 g,枳壳6 g。14剂,水煎服,日1

剂,早晚饭后温服。嘱患者注意保暖,忌食生冷,并建议戒烟。

二诊:2023年12月13日。患者恶寒肢冷如前,呼吸不畅、咽中异物感减轻,偶有咽干,咳痰减少。舌淡,苔白微腻,脉沉迟。前方去乌梅、五味子,加淫羊藿9 g,桔梗6 g。30剂,煎服法同前。

三诊:2024年1月15日。患者服用前方后恶寒肢冷好转,呼吸不畅、咽部异物感缓解,无咳嗽咳痰、咽干等不适,纳欠佳。舌淡,苔薄白,脉弦细。复查肺部CT示:原结节缩小至4 mm×3 mm。前方加砂仁9 g,猫爪草6 g。30剂,煎服法同前。

四诊:2024年2月17日。患者诉自觉手足常温,无恶寒肢冷,纳可,二便调,寐安,余尚可。舌淡红,苔薄白,脉弦。继服前方14剂巩固疗效,煎服法同前。

停药1周后随访,患者诉未出现特殊不适。建议其半年后复查肺部CT,不适随诊。2024年9月14日电话随访,患者诉已于2024年9月2日复查肺部CT,原肺结节未见增大,无新发结节,且原有症状未再复发。

按:患者1个月余前体检发现左肺上叶下舌段8 mm×7 mm磨玻璃结节。西医诊断为孤立性肺结节。中医诊断为肺积。患者平素恶寒怕冷,手足不温,偶咳白痰,舌淡、脉沉细滑,辨为阳虚痰凝证。阳虚则气化失司,温化不足;津凝为痰,伏于肺络,发为肺结节。针对其阳虚痰凝的主要病机,治宜温阳化气、化痰散结,方选苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减,以温阳为先。苓甘五味姜辛汤中干姜、细辛温肺阳、化寒饮,茯苓渗湿化痰,五味子敛肺止咳,甘草益气和中,另加肉桂、肉苁蓉温肾阳以助肺阳,取“益火之源,以消阴翳”之意,温阳则气化,气化则痰消。肺结节属本虚标实之证,治疗应标本兼顾,故合用主治痰凝证的二陈汤,方中姜半夏、陈皮燥湿化痰,乌梅酸收止咳,且可制约半夏、陈皮温燥之性。另加浙贝母、牡蛎以增强散结之力。患者兼有呼吸不畅,咽中异物感,情志不舒时症状加重,考虑为阳虚推动无力,致使气机郁滞,痰气交阻于肺络咽喉之象,故少佐柴胡、枳壳,一则助肺宣降、通利气机,使痰随气行;二则升清降浊、斡旋胸中气机,助阳气布散,与“阳虚为本”核心病机相辅相成。二诊时,患者呼吸不畅、咽中异物感、咳痰等症减轻,但仍感恶寒肢冷,脉转沉迟,又觉咽干,考虑阳气未复,津液失布,痰浊虽渐去,而

阳气温通之力尚弱。酸收之品恐碍阳气布散、津液上承,故去乌梅、五味子,又加淫羊藿温助肾阳,加桔梗利咽。三诊时,患者恶寒肢冷好转,且复查 CT 显示结节缩小,方证相应,加猫爪草以助化痰散结;纳食欠佳,加砂仁以温脾化湿开胃,助阳运中。四诊时,患者手足转温,其余诸症明显改善,继服前方巩固疗效。后续随访,患者未诉特殊不适,原肺结节未见增大,且无新发结节。治疗全程紧扣阳虚之根本病机,温阳法贯穿始终,使阳气得充、气化得复,故症状改善,结节得以控制。

5 总结

随着人们健康意识水平的提高与影像学检查手段的进步,肺结节检出率日益上升。中医药治疗肺结节具有显著优势。将“痞坚伏阳”理论应用于肺结节治疗,打破了既往治疗注重消散痰瘀互结之有形实邪的局限,提出机体阳气功能异常是肺结节发生的重要原因。“伏阳”状态下,阳气或虚或郁,或郁久化热,均可导致津血运行输布失常,进而形成痰瘀互结之“痞坚”结节。基于此,在治疗上力求纠正机体“伏阳”之偏,采用温阳化气、通阳行气、清解郁火等方法治其本,配合化痰消瘀散结之法治其标。阳气功能正常,虚阳得补,阳郁得行,郁火得清,痰瘀得消,肺络得通,直中要害,则结节有望消除。

参考文献

- [1] 云南省传染性疾病临床医学中心, 云南省医院协会呼吸内科专业委员会, 昆明市医学会肺结节早诊早治专业委员会, 等. 肺结节规范化诊治专家共识[J]. 结核与肺部疾病杂志, 2024, 5(5): 388-397.
- [2] 邓莎莎, 薛蕴菁, 刘琦, 等. 不同 CT 成像参数对基于深度学习的智能辅助软件诊断肺结节良恶性效能的影响[J]. 中国医学影像学杂志, 2021, 29(10): 1003-1006, 1011.
- [3] 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): 490-498.
- [4] 王志鹏, 丁云东, 崔宴医. 中西医对肺结节的研究现状[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(11): 127-129.
- [5] 高伟, 武维屏. 浅谈中医药干预肺结节癌转化进程[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 217-220.
- [6] 于明薇, 张怀锐, 张兴涵, 等. 中医药临床优势病种探讨: 肺结节[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(6): 238-245.
- [7] 胡展望, 向双娣, 薛汉荣. 国医大师洪广祥“治肺不远温”思想在肺结节治疗中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(12): 5544-5548.
- [8] 朱鹏程, 罗毅. 基于“阳化气, 阴成形”及伏阳学说的肿瘤病机刍议[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(3): 187-192.
- [9] 赵志恒, 付田昊, 焦召华, 等. 《成方便读》“伏阳”说探微[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(5): 596-598.
- [10] 王天乐, 刘鹏飞, 陈少禹, 等. 基于“伏阳”理论探讨多囊卵巢综合征所致不孕症[J]. 中医临床研究, 2024, 16(4): 83-87.
- [11] 沈芳芳, 金欣, 相如兰, 等. 基于“痞坚之处, 必有伏阳”探讨子宫腺肌病的病因病机[J]. 中医临床研究, 2025, 17(25): 98-103.
- [12] 熊宏泰, 蔡柳, 郑红刚. 从肿瘤微环境探讨“痞坚之处, 必有伏阳”[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(10): 1063-1067, 1073.
- [13] 戴义宁, 李慧杰, 李秀荣. 基于“痞坚之处, 必有伏阳”探讨肿瘤微环境的形成与干预[J]. 中医杂志, 2023, 64(22): 2275-2281.
- [14] 程慧娟, 张镇, 林翠丽, 等. 基于“痞坚伏阳”理论辨治肺结节恶性演变[J]. 南京中医药大学学报, 2025, 41(12): 1683-1690.
- [15] 陆玉娟, 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] 张晓辉, 陈成, 张楠, 等. 肺小结节的临床分析[J]. 国际呼吸杂志, 2015(22): 1690-1694.
- [17] 刘羿彤, 李猛, 马战平. 从痰论治肺结节的炎性微环境[J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(4): 620-623.
- [18] 王温欣, 罗潇潇, 江婷, 等. 基于“肝肺气血循环轴”探析肺结节治疗思路[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2024, 48(6): 253-256.
- [19] 周杰, 王玥慧, 李志明, 等. 络病学说指导下的肺结节“肺气亏虚, 毒阻肺络”病机探讨[J]. 中国医药导报, 2020, 17(28): 133-136.
- [20] 吴以岭. 络病病机探析[J]. 中医杂志, 2005, 46(4): 243-245.
- [21] 童长忆, 袁芝琼. 蜂房的成分和药理作用研究概况[J]. 云南中医中药杂志, 2022, 43(2): 91-95.
- [22] 李思敏. 抑郁、焦虑状态与肺结节发病因素的相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [23] 于子轩, 梁绿圆, 赵紫琳, 等. 肺结节发病机制及中医药治疗研究进展 [J/OL]. 辽宁中医药大学学报, [2026-04-12] <https://link.cnki.net/urlid/21.1543.R.20260410.1645.006>.
- [24] 冯雨, 张伟, 阎小燕. 升降散治疗呼吸系统疾病作用机制研究进展[J]. 河南中医, 2023, 43(11): 1773-1778.
- [25] 周清华, 范亚光, 王颖, 等. 中国肺部结节分类、诊断与治疗指南(2016 年版)[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(12): 793-798.
- [26] 鹿竞文, 徐力. 徐力教授中医治疗肺结节经验[J]. 中医临床研究, 2021, 13(17): 35-38.
- [27] 肺结节诊治西北地区专家共识专家组, 陕西省抗癌协会微创治疗专业委员会, 陕西省老年学和老年医学学会肺癌专业委员会. 肺结节诊治西北地区专家共识(2021 年版)[J]. 中国医药科学, 2021, 11(23): 16-22.

(本文编辑 周旦)