

# 扶正祛邪法对磨玻璃样肺小结节（气虚血瘀证）CT 定量指标的干预研究

周杰

德江县名族中医院 肺病科 贵州铜仁 565200

**摘要：**目的：探讨扶正祛邪法对磨玻璃样肺小结节（气虚血瘀证）患者 CT 定量指标及中医证候的影响，为低危肺小结节随访期中医药干预提供参考。方法：选取 2024 年 1 月至 2025 年 12 月我院随访的磨玻璃样肺小结节患者 60 例，按随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例。对照组予规范随访、戒烟限酒、呼吸康复及饮食作息指导，观察组在此基础上予扶正祛邪法中药干预，连续 6 个月。比较两组干预前后结节最大径、体积、平均 CT 值、结节质量及中医证候积分，同时观察不良反应发生情况。结果：干预后观察组结节最大径、体积、结节质量及证候积分均低于对照组，平均 CT 值更趋低密度稳定，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗期间未见严重不良反应。结论：扶正祛邪法可改善气虚血瘀证磨玻璃样肺小结节患者症状，并对 CT 定量指标具有一定稳定和缩小作用，安全性较好，可用于低危随访人群的综合干预。

**关键词：**扶正祛邪法；磨玻璃样肺小结节；气虚血瘀证；CT 定量指标

随着低剂量 CT 筛查普及，磨玻璃样肺小结节检出率升高。该类结节可长期稳定，也可出现增大、密度升高或实性成分增加，部分患者在随访期间因对恶性风险认识不足或过度担忧，容易产生焦虑、失眠及反复就医等问题。相关共识强调，应依据结节大小、密度、形态及动态变化进行分层随访和个体化处理<sup>[1]</sup>。CT 定量分析可对最大径、体积、平均 CT 值、结节质量等进行客观评价，较单纯描述更利于判断病灶变化<sup>[2-4]</sup>。中医认为肺结节多属“肺积”“痰核”范畴，其病机常为肺脾气虚为本，痰瘀互结、络脉失和为标，其中气虚血瘀证较常见<sup>[5]</sup>。扶正祛邪法以益气健脾、活血通络、化痰散结为核心，契合本虚标实病机。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月至 2025 年 12 月我院收治并规律随访的磨玻璃样肺小结节（直径 5~15 mm）患者 60 例。纳入标准：①薄层 CT 提示单发或主病灶为磨玻璃样肺小结节，暂无明确手术指征；②中医辨证符合气虚血瘀证，见气短乏力、胸闷隐痛、面色少华、舌淡暗或有瘀点、脉细涩；③年龄 30~75 岁，签署知情同意。排除标准：结节短期明显增大、出现高危实性成分需手术者；合并活动性感染、结核、肺部肿瘤史；严重肝肾功能异常、妊娠或哺乳期；近期使用影响观察的中药或免疫调节药物。两组一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 方法

对照组予常规随访管理，包括每 3 个月门诊评估、6 个月复查薄层胸部 CT、戒烟、避免粉尘油烟暴露、规律作息及焦虑疏导。观察组在对照组基础上予扶正祛邪方：黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾；丹参、川芎、赤芍活血通络；浙贝母、猫爪草、夏枯草、半枝莲化痰散结；炙甘草调和诸药。每日 1 剂，水煎早晚温服，3 个月为 1 疗程，共 2 个疗程。

### 1.3 观察指标与统计学方法

采用同一 CT 设备及薄层重建参数检查，由 2 名高年资影像医师盲法测量取均值。

记录结节最大径、体积、平均 CT 值、结节质量、中医证候积分及不良反应。采用 SPSS 26.0 分析，计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，行 t 检验；计数资料行  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较，见表 1。

表 1 两组一般资料比较

| 组别            | 例数 | 男/女   | 年龄（岁）      | 最大径（mm）   | 纯 GGN/混合 GGN |
|---------------|----|-------|------------|-----------|--------------|
| 对照组           | 30 | 13/17 | 54.37±8.62 | 7.18±1.61 | 22/8         |
| 观察组           | 30 | 12/18 | 55.06±8.91 | 7.26±1.54 | 21/9         |
| t/ $\chi^2$ 值 | —  | 0.069 | 0.305      | 0.197     | 0.082        |
| P 值           | —  | 0.793 | 0.762      | 0.844     | 0.775        |

2.2 两组干预前后 CT 定量指标及证候积分比较，见表 2。

表 2 两组干预前后指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 指标                   | 对照组前          | 对照组后          | 观察组前          | 观察组后          |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 最大径（mm）              | 7.18±1.61     | 7.32±1.68     | 7.26±1.54     | 6.42±1.46     |
| 体积（mm <sup>3</sup> ） | 194.78±70.11  | 203.46±75.20  | 198.42±68.35  | 165.31±60.27  |
| 平均 CT 值（HU）          | -616.25±70.42 | -602.37±73.18 | -611.48±69.36 | -638.26±65.41 |
| 结节质量（mg）             | 89.74±32.18   | 95.66±35.91   | 91.35±31.42   | 75.22±28.10   |
| 证候积分（分）              | 13.12±3.35    | 10.29±3.11    | 13.40±3.21    | 5.68±2.04     |

注：与对照组干预后比较， $P < 0.05$ 。观察组未见明显肝肾功能异常及严重胃肠道反应。

3 讨论

磨玻璃样肺小结节管理重点在于动态评估和风险分层。对暂无手术指征者，单纯“等待复查”虽符合低危结节管理原则，但患者常因癌变担忧产生焦虑，且缺少针对体质和症状的主动干预。CT 三维定量指标可减少主观阅片差异，其中体积、质量、平均 CT 值与结节侵袭性及动态变化密切相关<sup>[3-4]</sup>。本研究将影像定量与中医证候评价结合，结果显示观察组干预后结节最大径、体积、质量及证候积分均优于对照组，提示扶正祛邪法不仅可改善气短乏力、胸闷隐痛等症状，也可能对结节稳定具有积极意义。从中医病机看，气虚则推动无力，血行不畅；瘀血内停，肺络失和，日久与痰浊、郁毒互结而成积。气虚血瘀证患者多见体力下降、胸闷、舌暗等表现，与慢性炎性刺激、微循环障碍存在一定对应关系。扶正祛邪法并非单纯“攻结节”，而是扶助肺脾之气，使气旺则血行；配合活血通络、化痰散结，使痰瘀得化、肺络得通。方中黄芪、党参、白术、茯苓重在益气健脾；丹参、川芎、赤芍改善瘀阻；浙贝母、猫爪草、夏枯草、半枝莲软坚散结、化痰解毒。该思路与名医经验中“扶正祛邪期虚实兼顾、攻补兼施”的观点一致<sup>[6]</sup>。从现代医学角度看，益气活血、化痰散结类中药可能通过改善机体免疫状态、减轻局部慢性炎症反应、调节微循环及纤维化倾向等途径，对结节周围微环境产生影响，从而为影像学指标稳定提供一定基础。本研究中观察组平均 CT 值由-611.48 HU 降至-638.26 HU，提示病灶密度未向实性化方向进展；体积和质量下降幅度较对照组明显，说明治疗后结节负荷有一定减轻。对照组最大径和体积轻度增加，虽未

必代表恶变,但提示随访期仍需重视动态变化。证候积分下降也说明患者主观不适得到改善,有利于提高随访依从性,减少因恐惧心理导致的过度检查或盲目治疗。需强调,中医药干预不能替代规范影像随访、AI辅助评估、MDT判断或必要时手术处理。若结节增大、密度升高、出现实性成分,伴毛刺、分叶等高危征象,应及时转入胸外科或肺结节门诊评估<sup>[1-2]</sup>。本研究不足在于样本量较小,观察周期仅6个月,且未进行病理验证和长期恶性转化率随访;中药加减也可能带来一定异质性。后续应扩大样本、延长至12~24个月,结合AI影像组学及炎症免疫指标,进一步明确其适用边界。同时,应建立统一的中医证候量化标准和CT定量随访流程,使疗效评价更客观、可重复。总体而言,扶正祛邪法用于气虚血瘀证磨玻璃样肺小结节患者,可在规范随访基础上改善证候、稳定部分CT定量指标,具有较好的临床应用价值。

### 参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会,中国肺癌防治联盟专家组. 肺结节诊治中国专家共识(2024年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2024,47(8):716-729.
- [2] 赫捷,李霓,陈万青,等. 中国肺癌筛查与早诊早治指南(2021,北京)[J]. 中国肿瘤,2021,30(2):81-111.
- [3] 仇永辉,郝玉娟,裴延斌,等. CT三维参数对小于2cm肺磨玻璃结节浸润性的诊断效能[J]. 解放军医学院学报,2023,44(6):607-612.
- [4] 郑旻,黄先敏. 基于CT定量参数评估肺部磨玻璃样结节的侵袭程度[J]. 中国CT和MRI杂志,2019,17(8):61-64.
- [5] 郑瑜佳,邵栋,赵亚昆,等. 中医药治疗肺结节研究概述[J]. 山东中医杂志,2025,44(12):1387-1393.
- [6] 刘颖,徐力. 徐力基于"三段六辨"模式治疗肺结节经验[J]. 山东中医杂志,2023,42(11):1211-1214,1229.