



体检查出肺结节？ 科学应对指南来了

◎中山大学附属第七医院 雷静

近年来，随着医学影像技术进步和大家健康意识的提升，体检中肺结节的检出率越来越高。这个以前不常见的词，让不少人一看到就焦虑，甚至谈“结节”色变。但必须说清楚：肺结节≠肺癌，过度恐慌反而伤身体。面对体检报告上的“肺结节”，到底该怎么科学应对？这份指南从认识、判断到处理，帮你理性看清肺结节，摆脱不必要的焦虑。

先搞懂：肺结节到底是个啥

肺结节不是一种病，而是医生看CT或胸片时看到的一种“影像表现”——简单说，就是肺部出现了直径≤3厘米的类圆形小阴影，像肺里长了颗“小痣”。它有不同的分类方式，搞清楚分类能帮你初步判断风险：

按大小分：<5毫米叫“微小结节”，5~10毫米叫“小结节”，10~30毫米叫“大结节”。

按密度分：实性结节密度均匀，像个实心白球；磨玻璃结节密度轻度增高，像隔着磨砂玻璃看东西；部分实性结节即磨玻璃和实性成分混在一起，这种的恶性风险相对更高。

按数量分：单个的叫“孤立性结节”，多个的叫“多发性结节”。

肺结节的成因很复杂，常见原因有这些：

感染留下的“疤”：比如肺炎、肺结核治好，肺部可能会留下结节样的瘢痕；

外界刺激：长期吸烟、吸粉尘（比如石棉、煤尘）、空气污染，或是工作中接触某些化学物质，都会刺激肺部，长出结节；

其他疾病：自身免疫病（如结节病）、肺部良性肿瘤（如错构瘤、硬化性血管瘤），甚至肺癌或其他部位肿瘤转移到肺部，都可能表现为肺结节。

会判断：肺结节的良恶性

体检发现肺结节，第一步不是慌，而是搞清楚它是良性还是恶性。胸部CT是关键检查手段，尤其是“低剂量螺旋CT”，既能发现微小结节，辐射还低，很适合做筛查。医生会根据CT上的这些特征，初步判断良恶性概率：

看大小：结节越小，良性可能越大。<5毫米的微小结节，恶性率不到1%；>8毫米的结节要重点关注，恶性风险会明显升高。

看形态：良性结节大多边缘光滑、形状规则；恶性结节常出现“分叶”（像树叶边缘有凹陷）、“毛刺”（边缘不光滑，有细小凸起）、“胸膜牵拉”（结节扯着胸膜）等表现。

看生长速度：良性结节长得慢，甚至好几年不变；恶性结节可能短短几个月就变大。

如果想进一步确诊，医生会建议做这些检查：

薄层CT：层厚≤1毫米，能更清晰地看到结节的细节，是诊断的“金标准”之一；

肿瘤标志物检测：抽血检查，能辅助判断，但不能只靠这个确诊；

活检：通过气管镜或经皮穿刺取一点结节组织，做病理检查——这是判断良恶性的“金标准”。

懂应对：不同肺结节，这么处理最科学

肺结节不是“一刀切”处理，要根据类型区别对待。

良性肺结节：大多数肺结节都是良性的，比如炎性结节、钙化结节、肺错构瘤等。这类结节不用特殊治疗，重点在“定期复查”。随访周期按结节大小调整：≤4毫米的实性结节患者，如果没有吸烟、肺癌家族史等高危因素，可根据自身情况选择是否随访，有高危因素，建议每年查1次CT；4~6毫米的实性结节患者，若无高危因素，12个月后复查，有高危因素者，6~12个月、18~24个月各查1次，要是结节稳定没变化，之后每年随访1次。每次复查要带好以前的CT片子，方便医生对比结节的大小、密度有没有变。如果连续2~3年都没变化，随访间隔可以拉长。

恶性/疑似恶性肺结节：一旦高度怀疑结节是恶性，或不能排除恶性可能，别拖延，及时治疗是关键。手术切除是早期肺癌的主要办法，现在常用胸腔镜手术等微创技术，既能完整切除病灶，对身体创伤还小，术后恢复快。

不适合手术的情况：比如老人、身体差或肿瘤位置特殊，还能选放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等综合手段。近年靶向和免疫治疗发展快，能精准打击肿瘤细胞，副作用比传统放化疗小，给患者多