

引用:韩硕,孟凡顺,于孙婉琪,王金环,孙伟正.孙伟正基于“清、消、补”之法论治淋巴瘤经验[J].中医药导报,2025,31(6):170-174.

孙伟正基于“清、消、补”之法论治淋巴瘤经验*

韩硕¹,孟凡顺²,于孙婉琪³,王金环⁴,孙伟正⁴

(1.黑龙江中医药大学第一临床医学院,黑龙江 哈尔滨 150040;

2.黑龙江省中医药科学院研究生院,黑龙江 哈尔滨 150040;

3.安徽中医药大学第一临床医学院,安徽 合肥 230012;

4.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] 孙伟正认为淋巴瘤的病机多是以脏腑内虚为本,痰、湿、瘀、毒搏结为标,治疗应该从整体观念出发,进行辨证施治,提出了“清、消、补”的理论。“清”即以清解散结之法清除邪气,“消”即以消癥化痰之法消散病邪,“补”即以补益扶正的方法调节脏腑功能,“清、消、补”通过寓清于补的方法调节脏腑功能。基于此,孙伟正自拟一鸣资生饮,由西洋参、天门冬、五味子、白花蛇舌草、夏枯草、瓜蒌、猪苓等药物所组成,随证灵活加减,疗效显著。

[关键词] 淋巴瘤;清法;消法;补法;一鸣资生饮;孙伟正;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)06-0170-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.06.031

淋巴瘤(lymphoma)是一种起源于淋巴结和淋巴组织,属于淋巴系统的恶性肿瘤,其发生机制主要在免疫应答过程中,淋巴细胞在增殖与分化阶段所产生的免疫细胞发生恶性转变。该病具体可分为霍奇金淋巴瘤(HL)和非霍奇金淋巴瘤(NHL)两种类型:10%~15%的为HL,85%~90%的为NHL^[1]。淋巴瘤的症状包括全身和局部症状。全身症状包括乏力、体质下降、发热、盗汗和皮肤瘙痒等^[2]。西医治疗以放疗、化疗、造血干细胞移植、嵌合抗原受体T细胞(chimeric antigen receptor T-cell, CAR-T)免疫治疗、靶向药物治疗(如CD20单抗、PD-1/PD-L1抑制剂)、B细胞受体通路抑制剂、Bcl-2抑制剂等^[3],目前以联合化疗为主要的治疗手段,近一半患者可延长生存期,但少数患者仍然耐药或化疗后复发^[4]。中医药治疗淋巴瘤不仅可以降低化疗的毒副作用,还能以其免疫调节的优势发挥治疗作用。此外,中医药还可以更好地缓解患者症状,达到良好的临床疗效。

孙伟正教授,博士研究生导师,第二届全国名中医,全国第三、第四、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,享受国务院特殊津贴专家。孙伟正教授对中医经典的理解独到,将经典医学知识与现代临床实践完美结合,擅

长中西医结合治疗血液系统常见病和疑难病。针对淋巴瘤,孙伟正教授倡导“清、消、补”为治疗原则,提出以清热解毒、消散化痰、补益扶正的观点治疗淋巴瘤。孙伟正教授认为淋巴瘤的病因病机主要源于脏腑内虚,正气不足,气机失调,进而导致痰、湿、瘀、毒等病理因素在经脉或五脏六腑中积聚形成。淋巴瘤中医的治疗,主要侧重于调节患者整体的阴阳平衡,通过发挥扶正与祛邪的双重作用,进一步缓解患者症状,提高患者近期治愈率和远期生存率,并进一步提升患者生存质量。治疗上遵循“清、消、补”治疗理论,治以清热解毒、化痰散结、活血理气、健脾益气、滋补肝肾、补益气血等法。余随诊多年,获益良多,现将孙伟正教授基于“清、消、补”之法论治淋巴瘤经验总结如下,以期临床治疗提供更多思路。

1 病因病机

孙伟正教授认为正气内虚为淋巴瘤之本,痰、湿、瘀、毒搏结为标。淋巴瘤一般以进行性、无痛性局部或者全身淋巴结肿大为首要症状,故可归属中医学恶核、瘰癧、痰毒、癥积、石疽等范畴^[5]。“恶核”病名出自东晋葛洪的《肘后备急方》,其载“恶核病者,肉中忽有核如梅李,小者如豆粒”^[6]。关于淋巴瘤中医病名,2009年由中国中西医结合学会血液病专业委员

*基金项目:2024年黑龙江省中医药经典普及化专项课题项目(ZYW2024-055);黑龙江省中医药科研项目(ZHY2023-102);中华中医药学会血液系统疾病课题(202169-004)

通信作者:王金环,女,主任医师,研究方向为中医治疗血液病

会、中华中医药学会内科分会血液病专业委员会组织全国部分高校、科研院所从事血液病临床与科研专家就常见血液病中医病名进行了专题讨论,就淋巴瘤的中医病名达成共识,确定用“恶核”为中医病名^[7]。孙伟正教授认为淋巴瘤之病因病机多为脏腑内虚,正气不足,气机失调为本,痰、湿、瘀、毒搏结于经脉或五脏六腑为标。

1.1 脏腑气血亏虚为本 孙伟正教授认为淋巴瘤是本虚标实之证,痰、湿、瘀、毒为本病之标,追溯其本源还是由于脏腑虚损,正气不足,气血亏虚在本病中起着重要的作用。

1.1.1 脾、肾、肝亏损发为恶核 “肾虚水泛为痰”^[8]是指火不生土,脾土不运而生痰,命门火衰,不能温暖脾胃,引起脾的运化功能虚弱,水谷入胃不能很好地进行熟腐和运输,使水谷精微凝聚成为痰涎。《医贯·痰论》曰:“痰之本水也,原于肾。”提示肾为封藏之本,其本在肾,标在脾,肾主水,肾阳虚弱,命门火衰,命门之火不能制水,封藏和气化功能失司则水液输布障碍,降泻为痰^[9]。《景岳全书·杂症谟·非风·论痰之本》曰:“夫痰即水也,其本在肾,其标在脾,在肾者,以水不归根,水泛为痰也,在脾者,以饮食不化,土不制水也。”张景岳提出水泛为痰与肾密切相关,治疗时应尤其重视调补肾脏^[10]。《医贯·痰论》言:“盖痰者病名也,原非人身之所有,非水泛为痰,则水沸为痰,但当分有火无火之异耳……阴虚火动,则水动沸腾,动于肾者,犹龙火之出于海,龙兴而水附,动于肝者,犹雷火之出于地,疾风暴雨,水随波涌而为痰,是有火者也。”^[11]其指出肾阴不足,阳气旺盛,相火失制,肝主疏泄,调畅气机,当肝阴不足,肝气郁结化火,致体内津液失常凝聚成痰。故肾精血亏耗,肾水不足,母病及子,水不涵木而形成肝肾阴虚,阴精不足,虚火内动,煎灼津液而为痰,痰火相结而成“恶核”。

1.1.2 正气存内,邪不可干 正气充足,抵抗外邪则不发病。《景岳全书》云:“脾肾不足及虚弱失调之人,多有积聚之病。”^[12]患者先天禀赋不足、年老体虚、大病久病,日久肾虚不能生髓化血,可致气血两亏证,或因虚卫气不足,不能抵抗外邪,或因气虚不能推动津液运行,痰湿内生,引发痰核内生。脏腑功能失调,气血津亏,影响津液与血液的运行输布,气虚不能运行血液,津液停滞不能输布而聚湿成痰,痰瘀互结,正气亏虚日久难愈则为痰核。

1.2 “痰、湿、瘀、毒”凝结为标 孙伟正教授认为恶核病与“痰”有关,即所谓“无痰不作核”,痰贯穿疾病始终。《医宗必读》曰:“积之成者,正气不足而后邪气踞之。”^[13]《医学入门》谓“痰源于肾,动于脾,客于肺”^[14],指出痰的发生与肾、脾、肺密切相关。“七情内伤,郁而成痰”,揭示了七情内伤对脏腑的影响,脏腑功能失常,津液输布障碍,则痰浊内生。同时,《诸病源候论》有言:“此由寒气客于经络,与血气相搏,血涩结而成疽也。其寒毒偏多,则气结聚,状如瘰疬,硬如石,故谓之石疽也。”^[15]外感寒邪,气机受阻,则血液和津液输布不畅,积聚而成痰,血液运行受阻则发为瘀血,或情志抑郁日久,气滞血瘀,痰瘀之形成皆由于气,互为因果,故两者常相伴而成,痰中有瘀,瘀中有痰,终成痰瘀互结之证。孙伟正教授将淋巴瘤病机特点概括为正气内虚,脏腑功能失调为“本”,痰、湿、瘀、

毒凝结为“标”。

2 辨证施治——清、消、补

《医学心悟·医门八法》云:“论病之源,以内伤、外感四字括之。论病之情,则以寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字统之。而论治病之方,则又以汗、吐、下、和、温、清、消、补八法尽之。”^[16]在临床临证中,孙伟正教授常以八法辨证治疗,淋巴瘤病情复杂,反复发作,常常数法合用,即《医学心悟》所言“盖一法之中,八法备焉,八法之中,百法备焉,病变虽多,而法归于一”^[17]。八法在中医临床治疗中占有重要地位,其运用灵活多变,能够应对各种复杂的病情。在运用八法时,必须根据病情的具体情况进行辨证施治,灵活选用不同的治法和药物组合,以达到最佳的治疗效果。

2.1 清之法 清法起源于《黄帝内经》《难经》《伤寒杂病论》诸书,历代诸位医家为其理论及实践的发展做出了重大贡献^[18]。在中医八法中,清法是一种重要的治疗方法。清法,主要运用寒凉的药物,通过清热、解毒、凉血等作用,以祛除体内的邪气,从而调和阴阳平衡,达到治疗疾病的目的。在淋巴瘤的治疗中,清法可以辅助其他治疗方法帮助患者减少不适症状。针对热毒内蕴如发热、口渴、咽喉肿痛等,可配合中药如半枝莲、白花蛇舌草等以清热解毒,缓解症状;血热妄行如衄齿、皮肤紫斑等,可配合凉血解毒中药,如生地、丹参以凉血止血,清热解毒。

2.2 消之法 《黄帝内经》中有载“坚者消之”“结者散之”“逸者行之”。消散之法,在中医理论中,也称为消法或消散法。消之法主要针对因痰凝、湿聚、水结、血瘀等病理因素所产生的肿块、痞积等病证。在淋巴瘤治疗中,这些病理因素往往与痰核的形成密切相关。因此,通过消散之法,可以消除或减轻这些病理因素,从而达到缩小肿瘤、缓解症状的目的。《伤寒论》中提出猪苓汤、五苓散等方,开创水气病消法治疗之先河^[19]。淋巴瘤患者痰凝贯穿疾病始终,故在治疗上可加化痰、散结之药,如:瓜蒌、甘寒清润化痰,利气散结;夏枯草苦寒,具有散结解毒之效。诸药合用,具有邪祛、痰消、瘀除之功。针对早期淋巴瘤患者,消散之法可以作为化疗前后的辅助治疗手段,促进患者增强体质恢复。针对需要接受放化疗的癌症患者,消散之法可以减轻放化疗的毒副作用,提高耐受性,并增强放化疗的疗效。针对晚期恶核病或无法耐受手术、放化疗的患者,消散之法可以在一定程度上控制病情发展,减轻症状,提高患者生活质量。

2.3 补之法 补法,即运用补益类药物来滋养人体气血阴阳的不足。虚证分为气虚、血虚、阴虚、阳虚等不同类型,因此补法也相应地分为补气、补血、补阴、补阳四类。根据患者病情缓急及体虚的不同,补法又可以分为峻补与缓补,符合《黄帝内经》中“虚者补之”“损者益之”。补者,补其虚也。“补”即补益人体气血阴阳,适用于正气已虚,余热邪尽,除之疾病。“虚则补之,实则泄之”是中医治疗疾病的基本原则之一,尤其在治疗这种恶性肿瘤时,这一原则尤为重要。孙伟正教授认为本病以“补”为总的原则,以达到扶正固本的目的。淋巴瘤患者往往因长期疾病消耗机体正气或者化疗副作用,导致体内脏腑功能失调,正气亏损,出现气、血、阴、阳不足。因此在

医治疗中可以通过补益气血阴阳,调整患者阴阳平衡,改善身体状况。

2.4 清、消、补之法结合运用 淋巴瘤在中医理论中属于“痰结”“正虚”等范畴,其病理特点为正虚邪实。因此,在扶正补虚的同时,还需要通过“泄实”的方法来祛除体内的病邪即邪气。在临证时应详细分析痰瘀形成的病因而给予不同治疗。在疾病之初因实证多见,正气尚旺,因而可根据病情进行辨治。肝郁者理气、血瘀者活血祛瘀;痰浊阻滞者则健脾化湿;痰瘀日甚,耗伤正气,伴有脏腑功能失调;气血阴阳虚损者,且邪气日甚,瘀结坚硬者,则应扶助正气,健脾滋补肝肾,益气养血,兼化痰软坚、化痰散结之法。清、消、补之法强调“清”“消”与“补”的结合,既要清除体内的痰毒、热毒、湿邪等有害因素,又要补充正气,增强机体的抗病能力。清、消、补之法适用于淋巴瘤患者经过手术、化疗、放疗等治疗手段后,体质往往偏于虚弱,但同时又可能伴有内热、湿毒、痰结等病理因素。清、消、补之法能够针对这些特点,既补益正气,又清除邪毒。淋巴瘤患者常出现食欲不振、消化不良、口干舌燥、烦躁易怒等症状,这些症状多与体内有热、湿等邪蕴结有关。清、消、补之法在中药调理中的应用主要体现在选择具有消散、化痰、清热、泻实、养阴、益气等功效的中药进行配伍使用,如西洋参性偏凉,补气之功似人参且少滞邪之弊。“清、消、补”之法既可以避免过度补益,又能遵循个体化原则,根据患者的具体情况制定个性化的调养方案。

综上所述,“清、消、补”是中医治疗淋巴瘤的重要原则之一,通过补虚和泄实的方法,可以调整患者的身体状况,增强免疫力,提高治疗效果。

3 一鸣资生饮方解阐释

孙伟正教授认为淋巴瘤的病机主要是虚、痰、湿、瘀、毒,故将淋巴瘤分为寒痰凝滞、痰瘀互结、肝肾阴虚等证型。根据淋巴瘤特点、发病年龄、临床实际情况等因素,早期、中期及晚期的中医治疗策略因患者体质、病情进展及具体症状的不同而有所差异。中医治疗淋巴瘤通常遵循辨病与辨证相结合的原则,旨在调整机体阴阳平衡,发挥扶正与祛邪的双重作用。淋巴瘤早期,患者正气尚未明显虚弱,邪气较盛。孙伟正教授主张中医治疗以祛邪为主,兼顾扶正。淋巴瘤中期,患者常表现为虚实夹杂,既有正气不足的表现,又有邪气较盛的情况。孙伟正教授提出以攻补兼施为主,既要抑制肿瘤细胞的生长,又要顾护正气,防止病情进一步恶化。晚期淋巴瘤患者,由于病情较重,正气多虚,邪气较盛,孙伟正教授认为晚期应以扶正为主,兼顾祛邪。多数患者在化疗阶段或者化疗后,体质虚弱,正气不足,病邪久留不去,故孙伟正教授强调祛邪同时,还应注重健脾补肾滋肝。淋巴瘤可见皮下肿块,日久坚硬,既可见于颈项部,又可见于腋下,还可见于腹股沟。此外,患者可出现四肢及周身皮肤受损,形体消瘦,头晕目眩,腰膝酸软,耳鸣,五心烦热,盗汗舌红,少苔,脉细数等症。治疗以滋补肝肾、软坚散结解毒为主要原则。孙伟正教授根据“清、消、补”的原则,自拟“一鸣资生饮”,药物包括西洋参、天门冬、五味子、半枝莲、龙葵、金荞麦、白花蛇舌草、夏枯草、瓜蒌、浙贝母、猪苓、黄精、桑椹子。方中西洋参、天门冬、五味

子滋阴补气;半枝莲、龙葵、金荞麦、白花蛇舌草清热解毒;夏枯草、瓜蒌、浙贝母化痰散结;猪苓健脾利湿化浊;黄精、桑椹子滋补肝肾。全方共奏滋阴清热、化毒解毒、健脾益肾滋肝的功效。上述方药通过补阴以固阳,使阴阳互根互用,调整阴阳平衡进而调理脏腑功能。化痰软坚散结贯穿整个疾病治疗始终。孙伟正教授在方剂的配伍上,巧妙地运用了君臣佐使的原则,让每一味药材都能发挥其独特功效,同时又相互制约、相互补充,达到和谐统一的效果。现代药理学研究指出,西洋参具有抗肿瘤和调节免疫的作用^[20];天冬水提物对实体型S180小鼠有抑制肿瘤生长的作用;五味子、白花蛇舌草、猪苓、黄精^[21-25]具有改善机体免疫功能、抑菌抗炎、抗肿瘤的作用;夏枯草对瘰疬、癭瘤、癌肿等均具有较好的临床疗效^[26]。

临床中淋巴瘤患者的具体情况有所不同,故治疗也需个体化,不可一概而论。如积聚明显者,可加猫爪草、鳖甲等以软坚散结;化疗食欲下降者,可加鸡内金、炒麦芽、炒山楂等以健脾开胃;呕吐症状明显者,可加竹茹、生姜、半夏等以和胃止呕;发热症状明显者,可加葛根、黄芩等以清热解毒;咽干口渴患者,可加生地、天花粉等以润燥生津;咳嗽喘促者,可加紫苏叶、荆芥、防风等药物以舒风散风,止咳固表;面红潮热盗汗明显者,可加知母、黄柏等药物滋阴润燥,清热降火。淋巴瘤患者多伴有自身免疫功能降低,可根据患者情况酌情加补气、补血、补阴、补阳的药物来提高免疫力。如患者有气短、乏力等症状,可加人参。人参有大补元气、补脾益肺、安神益智、生津之效,可治疗气虚欲脱、脾气不足、津伤口渴等,同时具有提高免疫力、补气养血的功效。如患者有阳气不足、畏寒等一系列症状,可将紫河车研成细末后服用,以增强机体免疫力和抵抗力。

4 验案举隅

患者,女,59岁,2024年4月29日初诊。主诉:乏力1年余、加重1周。2023年7月患者因乏力、锁骨淋巴结肿大到某市肿瘤医院就诊,完善骨髓穿刺、骨髓活检、淋巴结活检、PET-CT等一系列相关检查,确诊为“非霍奇金淋巴瘤(弥漫性大B细胞淋巴瘤)”,予R-CHOP方案、8个周期联合治疗,疗效尚可。但近1周症状加重,门诊以“非霍奇金淋巴瘤”收治入院。刻下症见:乏力气短,心慌心悸,腰膝酸软,胁肋疼痛,手足心烦热,口干口苦,目涩,纳可,寐可,夜尿频,大便正常。舌红,少苔,脉滑细数。查体:神志清楚,体型偏瘦,贫血外观,扁桃体无肿大,甲状腺无肿大,左侧锁骨区可触及多发淋巴结肿大,直径在0.6~1.2 cm,质韧,无压痛。体温36.5℃,脉搏93次/min,呼吸频率20次/min,血压112/65 mmHg(1 mm Hg=0.133 kPa)。血常规提示:血红蛋白78 g/L,红细胞计数 $2.93 \times 10^{12}/L$,白细胞计数 $2.59 \times 10^9/L$,血小板计数 $90 \times 10^9/L$ 。CT提示:肝硬化,脾大,左侧肾上腺局部增粗,盆腔钙化,会厌前偏左侧弥散性组织皱襞增厚,肺内纤维条索,肺内小结节,左侧胸膜局限性增厚。彩超提示:双侧颈部、右锁骨上及双侧腋下未见异常肿大淋巴结,左锁骨上显示异常肿大淋巴结。骨髓穿刺提示:骨髓增生Ⅱ级,骨髓象未见明显异常。组织病理学检查提示:左锁骨上非霍奇金淋巴瘤(弥漫性大B细胞淋巴瘤)。淋巴瘤细胞测定提示如下。(1)总T淋巴细胞亚群CD3⁺:73.7%;(2)CD3⁺CD8⁺:

38.05%; (3)CD3⁺CD4⁺:31.33%; (4)CD3⁺CD4⁺CD8⁺:1.21%; (5)CD4⁺CD8⁺:0.81%; (6)NK淋巴细胞亚群:7.97%; (7)B淋巴细胞亚群CD19⁺:18.82%。西医诊断:非霍奇金淋巴瘤(弥漫性大B细胞淋巴瘤)。中医诊断:恶核病;辨证:肝肾阴虚,痰瘀互结。治法:滋补肝肾,活血化瘀。方选一鸣资生饮加味,处方:西洋参10g,天门冬15g,熟地黄15g,五味子15g,白花蛇舌草20g,夏枯草15g,瓜蒌15g,浙贝母15g,猪苓20g,黄精10g,桑椹10g,漏芦15g,炙龟甲10g,生甘草20g,地骨皮15g,银柴胡15g,益智仁15g,桑螵蛸15g。7剂,1剂/d,水煎服,分早晚2次温服。嘱咐患者避免风寒,调节情志,切勿过劳、清淡饮食、忌食生冷油腻。中成药:西黄胶囊,4粒/次,2次/d,口服;安康欣胶囊,4粒/次,3次/d,口服。

2诊:2024年5月9日,患者诉乏力气短症状减轻,偶心慌心悸,腰膝酸软,无肋肋疼痛,手足心烦热症状减轻,口干口苦,目涩,咳嗽,纳可,寐可,夜尿频,大便正常。舌苔厚腻,脉滑细数。血常规提示:白细胞计数 $3.12 \times 10^9/L$,红细胞计数 $3.82 \times 10^{12}/L$,血红蛋白量129g/L,血小板计数 $95 \times 10^9/L$ 。患者症状有所好转,血红蛋白计数已经恢复正常,白细胞计数、红细胞计数、血小板计数均上升。患者出现舌苔厚腻,故加用健脾利湿药物。予初诊方加炒薏苡仁15g,苍术15g,茯苓15g。14剂,煎服法同前。

3诊:2024年5月23日,患者诉已无乏力气短,无心慌心悸,腰膝酸软症状减轻,无肋肋疼痛,手足心烦热症状减轻,口干口苦,目涩,无咳嗽,易感,浮肿,畏寒,纳可,寐可,二便正常。舌红,少苔,脉滑细数。血常规提示:白细胞计数 $3.64 \times 10^9/L$,红细胞计数 $3.82 \times 10^{12}/L$,血红蛋白量123g/L,血小板计数 $98 \times 10^9/L$ 。现患者小便正常,舌苔由厚腻变成舌红少苔,血红蛋白计数稳定正常,白细胞计数、红细胞计数、血小板计数均上升,整体症状呈好转趋势,但易感、浮肿。予2诊方去益智仁、桑螵蛸、炒薏苡仁、苍术、茯苓,加白术15g,防风10g,车前子15g,大腹皮15g。14剂,煎服法同前。

4诊:2024年6月7日,患者诉无乏力气短,无心慌心悸,腰膝酸软症状减轻,无肋肋疼痛,手足心烦热症状减轻,无口干口苦,目涩症状缓解,无咳嗽,无易感,无浮肿,畏寒,纳可,寐可,二便正常。舌红,少苔,脉滑细数。彩超提示:双侧颈部、左锁骨上、右锁骨上及双侧腋下未见异常肿大淋巴结。血常规提示:白细胞计数 $3.84 \times 10^9/L$,红细胞计数 $3.85 \times 10^{12}/L$,血红蛋白量125g/L,血小板计数 $100 \times 10^9/L$ 。予3诊方去白花蛇舌草、白术、防风、车前子、大腹皮。14剂,煎服法同前。后患者于门诊随症加减治疗,连续服用中药2个月余,不适症状减轻。

按语:肾主水,调节水液代谢,促进脏腑功能。患者年老体弱,正气不足,脏腑功能失调,先天不足或母病及子、子病及母则导致肝肾阴虚,阴虚火旺,煎熬津液,酿湿成痰,痰久聚而为核,则出现颈项部肿块,日久成积,肋下积块^[7];头晕耳鸣、腰膝酸软等符合肝肾不足的表现;肝肾不足则乏力气短;五心烦热,潮热盗汗,舌红,少苔,脉细数为阴虚内热的表现。综上,淋巴瘤靶向治疗后属于肝肾阴虚,痰瘀互结证。淋巴瘤是目前较为常见的一种恶性肿瘤,大多数患者会使用化疗、放疗,但化疗不仅可以杀伤体内的肿瘤细胞,还会对体内正常

细胞、脏腑功能有所伤害,影响患者脏腑功能。一鸣资生饮以滋补肝肾,化痰散结祛瘀;如患者久病及肾,病邪久留不去,耗伤气血阴津,筋脉失养,腰膝酸软,形体消瘦则加熟地黄、五味子滋补肝肾,生津生血;患者日久耗气则乏力气短加西洋参补气生津。淋巴瘤晚期扶正为主,兼祛邪。患者颈项部肿块,日久坚硬,肋下积块则加夏枯草、瓜蒌、浙贝母、漏芦、猪苓、龟甲化痰软坚散结;患者阴虚火旺,津液不足出现心慌心悸、五心烦热,潮热盗汗则加天门冬、黄精、桑椹滋阴降火生津。西黄胶囊是目前抗肿瘤效果较好的中成药,主要由牛黄、麝香、没药、乳香等组成^[28],具有清热解毒、消肿散结和活血散瘀止痛的作用,对于恶核病有良好的效果^[29]。2诊时患者出现舌苔厚腻的症状,予炒薏苡仁、苍术、茯苓健脾祛湿化痰。3诊时患者无乏力气短,无心慌心悸,腰膝酸软症状减轻,无肋肋疼痛,手足心烦热症状减轻说明患者情况好转,继续服用至完全好转后停药,患者无明显不适症状。4诊时患者无口干口苦,可以适当减轻清热的药物。复查彩超,无明显的淋巴结肿大,症状和本病病情均好转。本案以“清、消、补”的方法治疗,肝肾亏虚则滋补肝肾,痰瘀凝结则散瘀化痰,以滋补为本,辅以祛邪。

5 结 语

淋巴瘤是血液系统中常见的恶性肿瘤,目前大多数患者会采用化疗等方式治疗,化疗引起的副作用及毒性反应导致患者出现一系列症状及机体免疫力下降,中药治疗恶核病可起到“增效减毒”的作用。在淋巴瘤治疗中诸多医家提出化痰、解毒、补虚、清热等治疗方法,但很少有医家提出“清、消、补”之法。“清、消、补”之法可避免血液病患者过度补益,祛邪而不伤正气,补益不滞邪气。孙伟正教授以中医经典与临床实践经验相结合,辨证论治,提出结合“八法”辨证施治用药,运用“清、消、补”的方法,拟定了一鸣资生饮,根据患者所处不同的阶段灵活加减调整方药,临床效果显著。

参考文献

- [1] SHIRAS A, MONDAL A. Extrachromosomal DNA: Redefining the pathogenesis of glioblastoma[J]. Biochim-Biophys Acta Rev Cancer, 2021, 1876(1): 188551.
- [2] 淋巴瘤诊疗规范(2018年版)[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2019, 5(4): 50-71.
- [3] 中国中西医结合学会血液学专业委员会淋巴瘤专家委员会. 淋巴瘤中西医结合诊疗专家共识(2020年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(9): 1036-1041.
- [4] 张会平, 徐瑞荣. 弥漫大B细胞淋巴瘤患者化疗后复发相关因素分析[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(1): 76-78.
- [5] 孙伟玲, 李峻, 周永明. 周永明辨治恶性淋巴瘤经验[J]. 上海中医药杂志, 2009, 43(4): 12-13.
- [6] 葛洪. 肘后备急方: 八卷[M]. 陶弘景, 增补. 影印本. 北京: 人民卫生出版社, 1956.
- [7] 蔡明明. 中医在综合治疗恶性淋巴瘤中的作用[C]//中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会(The Committee of Malignant Lymphoma, CACA). 第十一届中国抗癌协会全国淋巴瘤学术

- 大会教育论文集,2009:4.
- [8] 李捷凯,陈伟,吴小凡,等.周永明辨治恶性淋巴瘤经验介绍[J].新中医,2020,52(17):191-193.
- [9] 于阳,孙桂芝,冯兴中.孙桂芝治疗恶性淋巴瘤经验[J].中华中医药杂志,2017,32(3):1095-1097.
- [10] 叶天士.景岳全书发挥[M].刘光华,李斌,赵妍,校注.北京:中国中医药出版社,2015.
- [11] 赵献可.医贯[M].郭君双,整理.北京:人民卫生出版社,2023.
- [12] 张介宾.景岳全书[M].北京:中国中医药出版社,2023.
- [13] 李中梓.医宗必读[M].郭霞珍,整理.北京:人民卫生出版社,2023.
- [14] 李梴.医学入门:上[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [15] 巢元方.诸病源候论[M].黄作阵,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997.
- [16] 程国彭.医学心悟[M].北京:中国中医药出版社,2019.
- [17] 曾少婕,徐灿坤,滕涛,等.冯建华应用消瘦八法治疗桥本甲状腺炎经验[J].中医药导报,2022,28(5):160-163.
- [18] 马立亚,王彦刚,申鹏鹏,等.王彦刚教授运用“清、补”法论治干燥综合征经验[J].世界中西医结合杂志,2021,16(4):640-643.
- [19] 刘鑫,戴劲,夏子文,等.论中医“八法”在胸痹治疗中应用[J].辽宁中医药大学学报,2023,25(1):127-131.
- [20] 于晓艳,张宇弛,方粟一,等.西洋参的化学成分和药理作用研究进展[J].中医药学报,2024,52(4):99-104.
- [21] 林钰文.中药天冬研究进展[J].海峡药学,2008,20(6):90-93.
- [22] 邢楠楠,屈怀东,任伟超,等.五味子主要化学成分及现代药理作用研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(15):210-218.
- [23] 李梓盟,张佳彦,李菲,等.白花蛇舌草抗肿瘤化学成分及药理作用研究进展[J].中医药信息,2021,38(2):74-79.
- [24] 王天媛,张飞飞,任跃英,等.猪苓化学成分及药理作用研究进展[J].上海中医药杂志,2017,51(4):109-112.
- [25] 宋添力,张钰,肖强,等.黄精化学成分以及药用价值的研究进展[J].中华中医药学刊,2024,42(11):119-126.
- [26] 张金华,邱俊娜,王路,等.夏枯草化学成分及药理作用研究进展[J].中草药,2018,49(14):3432-3440.
- [27] 夏清,克晓燕,胡凯文.从脾虚痰浊论治非霍奇金淋巴瘤[J].广州中医药大学学报,2022,39(12):2949-2953.
- [28] 姚洁,周太民.TP化疗联合西黄胶囊治疗晚期肺癌临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38(8):1334-1336.
- [29] 李超,王玉,李爽,等.西黄胶囊联合XP方案治疗晚期胃癌的近期疗效及对外周血肿瘤标志物、细胞免疫功能和血管生成调节因子的影响[J].中国医院用药评价与分析,2024,24(1):66-70.

(收稿日期:2024-08-14 编辑:时格格)

(上接第153页)100942.

- [29] 柳雪蕾,芦娟,田叶,等.艾灸激活Nrf2/ARE通路抗帕金森病模型大鼠氧化应激损伤的机制研究[J].中国针灸,2020,40(8):857-862.
- [30] 冯晓甜,姚丽芬.神经免疫炎症在帕金森病中的研究[J].脑与神经疾病杂志,2021,29(4):262-265,258.
- [31] ZHI Y P, GAO C. Acupuncture in the treatment of fatigue in Parkinson's disease: A protocol for systematic review and meta-analysis[J].Medicine (Baltimore),2020,99(48):e23389.
- [32] WANG H L, LIU Y M, ZHAO J Y, et al. Possible inflammatory mechanisms and predictors of Parkinson's disease patients with fatigue (Brief Review)[J]. Clin Neurol Neurosurg,2021,208:106844.
- [33] 亢恺雯,王渊,郭新荣,等.“嗅三针”对帕金森病小鼠黑质高迁移率蛋白B1及核因子- κ B表达的影响[J].安徽中医药大学学报,2020,39(6):39-43.
- [34] TANG S, YAN L R, MA Z G, et al. Influences of the TLR4/NF- κ B pathway on memory function and inflammatory factors in rats with cerebral small vessel disease[J]. European review for medical and pharmacological sciences,2019,23(14):6264-6271.
- [35] 祁羚,汪瑶,李亚楠,等.电针对鱼藤酮诱导的帕金森病大鼠神经炎症反应及Toll样受体4/核因子- κ B信号通路的影响[J].针刺研究,2021,46(11):929-934,972.
- [36] 牛小莉,楚宝,刘志娟,等.丁苯酞对血管性痴呆大鼠Shh/Ptch1通路的影响[J].中国新药杂志,2020,29(18):2141-2147.
- [37] 刘麒麟,姜磊,靳晶,等.针刺调节Shh/Ptch1信号通路对帕金森认知障碍模型大鼠的神经保护作用研究[J].针灸临床杂志,2024,40(8):78-84.
- [38] 桂建军,孙晓东,温舒,等.白藜芦醇对帕金森病模型小鼠多巴胺能神经元的保护作用:基于抑制TLR4/MyD88/NF- κ B通路[J].南方医科大学学报,2024,44(2):270-279.
- [39] 吴成举,英锡相,马贤德,等.不同方法针灸对帕金森模型大鼠脑细胞神经元代谢影响[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(6):12-15.
- [40] 贾多,唐祎泽,张佳,等.电针联合五子衍宗丸通过调节BDNF/TrkB/CREB信号通路对帕金森病小鼠的治疗作用[J].世界中医药,2024,19(14):2098-2105.
- [41] ZHAO Y K, LUO D, NING Z P, et al. Electro-acupuncture ameliorated MPTP-induced Parkinsonism in mice via TrkB neurotrophic signaling[J]. Front Neurosci,2019,13:496.

(收稿日期:2025-01-17 编辑:李海洋)