

中医药治疗恶性淋巴瘤临床现状与热点研究述评

郎海燕 陈玥灿 陈信义

(北京中医药大学东直门医院血液科, 北京 100700)

【摘要】恶性淋巴瘤是一种异质性极强的淋巴系统恶性肿瘤。目前, 治疗已经进入放、化疗结合靶免治疗新时代, 与既往单纯放、化疗比较, 临床疗效已有明显提高, 也明显改变了患者生存曲线。但在疗效优势与不良反应弊端并存情况下, 如何充分发挥疗效优势, 克服不良反应弊端给中医药研究带来了挑战和新契机。本文基于中医药视角, 对恶性淋巴瘤的病名、病因病机以及证候类型进行了系统性分析和评估, 强调了中医药在调节免疫、增效减毒以及延长生存期方面的独特作用。明确指出, 目前中医药研究在疗效评价、病名统一和证候规范化方面存在不足, 并建议通过多中心临床研究加速标准化进程。此外, 基于恶性淋巴瘤的发病机制及其治疗特点, 提出中医药在抗病毒、防治疾病进展、治疗复发和难治性病例以及控制治疗相关并发症等热点领域的研究潜力, 并倡导以创新视角推动中医药在恶性淋巴瘤治疗中的系统化应用。

【关键词】恶性淋巴瘤; 中医药研究现状; 中医药研究热点

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.10.001

恶性淋巴瘤 (malignant lymphomas, ML) 是高度异质性血液系统恶性肿瘤, 是全球十大常见肿瘤之一^[1]。据报道, 中国 ML 发病率约为 6.89/10 万, 较 10 年前翻了一番, 已经处于所有恶性肿瘤的第八位, 且在中国老龄化进程加速过程中, 发病率将会越来越高, 因疾病带来的经济与社会负担也不断增加^[2]。由于 ML 病理类型非常复杂, 异质性很强, 治疗原则以及治疗方案各有不同。总体来讲, 放疗、化疗是经典的治疗方法, 但需根据不同病理类型、临床分期以及初治、复治、难治等不同状况实施个体化决策^[3]。近年来, 随着利妥昔单抗治疗获得成功以及越来越多的靶免治疗药物不断获批上市, ML 已正式进入靶免治疗新时代。目前, 在众多的新药临床应用过程中, 最有前景的是 PD-1 抑制剂, 其治疗复发难治患者有效率约 70%, 对于自体移植复发患者也有相似疗效; 布鲁顿氏酪氨酸激酶 (BTK 抑制剂) 对难治复发慢性淋巴细胞白血病有效率接近 90%, 对于套细胞淋巴瘤也有 70% 疗效, 单药完全缓解率可达到 20%。PI3K 抑制剂对复发难治低级别滤泡淋巴瘤有很好治疗效果, 单药有效率可达 50% 以上^[4]。但治疗 ML 药物都是双刃剑, 针对不同人群、不同类型患者可能带来截然不同治疗结局, 化

疗药物毒性反应、靶向药物脱靶失效或耐药、免疫治疗带来的不良反应, 一直是困扰提高临床疗效关键。长期临床实践证明, 中医药联合放化疗、靶免治疗具有明显的减毒增效作用, 以中医药为主治疗复发难治患者、老年患者, 高度体现了“以人为本, 治病留人、带瘤生存”理念。但就中医药整体治疗而言, 还有许多需要商讨的问题。因此, 本文重点就中医药治疗 ML 临床研究现状与热点研究策略问题进行述评, 试图为 ML 中医药治疗提供可供参考的研究思路和依据。

1 临床研究现状

1.1 中医病名

近代学者根据 ML 的临床分期和主要临床表现 (淋巴结肿大), 将其归于中医学“失荣”“石疽”“痰核”“恶核”等病证范围。为进一步规范和统一中医病名, 2009 年中国中西医结合学会血液病专业委员会、中华中医药学会内科分会血液病专业组联合召开专家研讨会, 基于 ML 以表浅或深部单一或多组淋巴结肿大为主要特点, 将中医病名定为“恶核”^[5], 该病名既体现了淋巴结肿大硬如核的临床属性, 也呈递了疾病具有异质、复杂和难治的恶性特征。近 10 年临床实践发现, “恶核”病名依然是以

基金项目:国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目 (zyyzdxk—2023268)

作者简介:郎海燕, 女, 44 岁, 博士, 主任医师。研究方向: 中医药防治血液肿瘤疾病研究。

通信作者:陈信义, E-mail: chenxinyi0729@126.com

引用格式:郎海燕, 陈玥灿, 陈信义. 中医药治疗恶性淋巴瘤临床现状与热点研究述评[J]. 北京中医药, 2024, 43(10): 1082-1087.

症状命名,但易与颈部淋巴结核、多种肿瘤颈淋巴结转移、慢性淋巴结炎等中医病名混淆,同时也未能突出疾病发生与发展过程中的整体观与独立性特征。因此,中华中医药学会血液病分会2019年再次组织专家讨论,将病名修订为“恶核病”^[6],从而体现中医学对ML认识的整体观和疾病独立专属性,并为中医诊疗统一性和规范化提供了帮助。“恶核病”病名目前已得到了业界的普遍认同和引用^[7]。随着ML病理分型、分子生物学与诊疗技术发展及中西医结合研究的深化,预测或不排除在“恶核病”基础上,根据疾病发生部位再细分二级病名的可能,如以颈部淋巴结肿大为主者,用“恶核病-颈恶核”;以胃淋巴瘤为主者,用“恶核病-胃恶核”等。

1.2 病因病机

关于ML病因病机的认识众说纷纭,可归纳为“虚、湿、滞、痰、瘀、毒”等因素杂而合之,导致不同临床表现的病机变化过程^[8],如发生于肠道,以湿滞为主;发生于颈部,以痰瘀为主;新发病以毒为主;病程漫长,以虚为主。为了系统认识和规范中医病因病机,中华中医药学会血液病分会组织全国高等中医药院校知名专家几经讨论和商定,并在全国中医药行业高等教育“十三五”创新教材时,将中医病因病机修订为“内在因素与外在因素”。内在因素包括:先天禀赋不足、机体功能失调;外在因素包括:外感六淫邪毒、遭受辐射毒邪、化学毒物侵袭。同时,对两类病因病机进行了中西同质化解释^[7]。《淋巴瘤中西医结合诊疗专家共识(2020年)》^[9]认为,淋巴瘤的病机本质以“痰邪”为核心,并在疾病的发展过程中伴随“寒、虚、毒、瘀”等邪气的侵袭,呈现出不同的临床表现。以上对病因病机的阐释均得到了业界较为广泛的认可。但也有学者提出了不同观点,秦晓艳等^[10]基于“阳虚痰凝”理论认为,ML本质是阳气亏虚,阴寒凝结,气机壅塞,该观点与2004年北京中医药大学东直门医院提出的包括ML、多发性骨髓瘤等在内的“肿瘤因于寒论”观点一致。国医大师王晞星教授指出,ML基本病机为脏腑失和,本虚标实,责之肝脾肾^[11]。史哲新教授认为,ML属中医学“络病”范畴,发病根本为正虚,核心病机为痰毒^[12]。司叶俊等^[13]基于卫气津液学说,将病机归为寒、痰、毒、瘀、虚相互交织的结局。也有学者提出“淋巴玄府”理论,认为玄府郁闭引发的气津运行失常、痰浊瘀血胶结、正气亏虚是ML发生的关键^[13]。

综上所述,对于病因病机的认识均遵循了“天人相应与因时、因地、因人制宜”的基本理论,存在明确的地理差异。基于创新与发展理念,随着中西医结合研究的不断深入,ML的病因病机解释有望进一步规范化,逐步减少区域间病机理解上的差异,实现更为统一的病因病机认知。随着科学技术进步以及多学科交叉融合的迅猛发展,有可能会展现病因病机的全新认识理论。

1.3 证候类型

国医大师周岱翰提出,将ML分为脾湿痰凝、痰结蓄瘀、痰毒虚损3种证型,并对辨证要点进行了归纳^[15]。陈信义教授在《常见血液病中医诊疗范例》^[16]中,将ML分为寒痰凝滞、气郁痰结、痰毒互阻、痰瘀互结、肝肾阴虚5个证型。许亚梅等^[17]根据临床表现,分别总结了化疗前后2个阶段的证候特征,化疗前属疾病本证,分为寒痰凝滞、气滞毒瘀、虚火痰结、血瘀癥积、血热风燥、肝肾阴虚、气血双亏7类证候;化疗后属疾病变证,分为湿蒙胃府、阴虚火旺、毒热内结、气血两虚、肝脾失调5类证候。林洪生教授在《恶性肿瘤中医诊疗指南》^[18]中,将ML分为气虚、血虚、阴虚、气滞、痰湿、血瘀6个证型。侯丽教授在《中西医结合肿瘤学》^[19]中,将ML分为寒痰凝滞、气郁痰结、热痰内蕴、痰瘀互结、气血两虚5个证型。郑佳彬等^[20]针对淋巴瘤患者症状与证候特征研究发现,证候类型可单独或同时出现,频次以虚实夹杂证最多,其次是虚证,实证较少。王孟琦等^[21]对1998—2018年发表的ML相关文献进行分析发现,共有16种常见证型,其中实证排名前三的为痰瘀互结、寒痰凝滞、气滞痰凝;虚证排名前三的为气血两虚、气阴两虚、肝肾阴虚;虚实夹杂证排名前三位的为脾虚夹湿、正虚毒恋、阳虚痰凝,并认为证候要素不离痰、气、瘀、毒、虚五类,治宜采用化痰解毒法。

因此,为规范证候类型及简化证候分类,中华中医药学会血液病分会在编写《恶性淋巴瘤中医诊疗方案(2018版)》及陈信义等主编的《血液疾病优势病种中医诊疗方案与路径解读》中,统一将ML证候分为寒痰凝滞、热毒痰结、痰瘀互结、正虚痰凝4个类型^[22]。然而,对“正虚痰凝证”的定义仍存在争议。有专家认为,此证候多见于疾病晚期,虚实夹杂、病机复杂,实证中除痰瘀外还涉及毒、湿、浊、痹、滞等因素。2019年,《中医血液病学》教材据此将证候修订为“寒痰凝滞、热毒痰结、痰

瘀互结、正虚邪实”^[7]，以此为基础形成了统一标准。2020 年《淋巴瘤中西医结合诊疗专家共识》中则提出了 5 种证型，包括“寒痰凝滞、气郁痰阻、阴虚痰结、痰瘀毒蕴、正虚邪恋”^[9]，与《恶性淋巴瘤中医诊疗方案（2018 版）》及《中医血液病学》教材有所不同，反映出当前对证候类型的认知仍在不断深化和完善。

1.4 疗效聚焦

1.4.1 调节免疫功能：中医药能够调节或恢复免疫功能^[23-24]，应用中医药调节或恢复 ML 失控的免疫机制是当前该领域研究的热点问题。李雪松等^[25]采用扶正养荣膏联合西药化疗或免疫化疗方案对 120 例气血两虚型非霍奇金淋巴瘤患者进行干预，并与 118 例单纯西医化疗或免疫化疗方案患者进行比较，研究显示，前者在血清 T 细胞亚群 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 的升高及血清 CD8⁺T 细胞降低方面均优于后者，且前者血清 IgA、IgG、IgM 水平明显上升（ $P<0.05$ ）。张红柏等^[26]使用化毒祛邪汤辅助 CHOP 化疗方案治疗 60 例非霍奇金淋巴瘤患者，并与单纯使用 CHOP 化疗方案 60 例对照比较，结果显示，2 组的 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 水平均较治疗前降低，但观察组 CD4⁺/CD8⁺ 水平在治疗前后变化中升高，而对照组降低，且观察组中各项免疫指标均优于对照组（ $P<0.01$ ）。张莉莉等^[27]使用自拟疏肝解毒汤联合 CHOP 化疗方案治疗 34 例 ML 患者，并与单用 CHOP 化疗方案对照组 34 例进行比较显示，研究组的 CD8⁺ 水平及 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均低于对照组（均 $P<0.05$ ），认为中医药可提高机体免疫细胞功能。由于上述文献观察的病例数较少，包括设计方案、试验分组、方剂选择、中药组成以及研究过程中的质量控制等欠合理并相对滞后，要确切评价上述文献对患者免疫功能正向影响证据不足。

复杂的人体免疫及其应答机制决定了对免疫调控与恢复免疫功能治疗的复杂性。目前，用于临床的免疫增强剂可通过刺激机体固有免疫系统中的某一环节来增强免疫功能，如胸腺肽；免疫抑制剂则是通过抑制获得性免疫系统中某些环节来抑制机体免疫功能，如托珠单抗；双向免疫调节剂的作用是多靶点、多部位免疫平衡调节，目的是维持机体自稳状态。有研究数据证明，很多中草药或植物药具有一定免疫调节作用^[28-29]。但目前有 3 个问题需要商榷。①体液或细胞免疫功能低下以及免疫功能亢进都有可能

导致 ML 发生与进展。精确地识别免疫低下，还是免疫亢进，是体液免疫紊乱，还是细胞免疫紊乱，才能选择针对性更强的中医药治疗策略。就目前已发表临床文献分析，并没有进行前瞻性临床试验设计，而是基于研究单位能够检测的免疫指标来研究免疫调节明显存在不足。②在 ML 发生和群体治疗中，经常会看到患者出现排除异己的生理反应降低，机体对外来的病毒和细菌等经常呈现不抵抗而导致感染或严重感染状态。所以，在研究中医药调控免疫调节时，除选择可检测的免疫指标外，还应当把感染发生率、症状治愈率和治愈时间作为免疫调控的辅助指标。③免疫功能低下或免疫亢进产生的疾病或症状完全不同，应当选用的治疗原则和药物还没有统一标准。不同的治疗法则（补益、化痰、理气、活血、祛湿等）及其具体药物是上调免疫功能，还是抑制免疫，还是双向调节免疫，目前也没有明确的定论。

1.4.2 联合增效与减毒：在增效研究方面，籍祥瑞等^[30]使用石龙解毒方联合 CHOP 化疗方案治疗老年 ML 患者 22 例，与 11 例单纯使用 CHOP 化疗方案的患者进行比较，治疗组总有效率为 85.71%，高于对照组的 72.72%（ $P<0.05$ ）。李捷凯等^[31]使用消瘤方加减治疗 30 例化疗后正虚痰凝型弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者，并与单纯随访观察的对照组比较，治疗组证候疗效总有效率为 96.67%，无复发，生活质量好转率为 80.00%，优于对照组的总有效率 33.3%、复发率 16.67%、好转率 13.33%（ $P<0.05$ ）。刘艳等^[32]使用消瘤方联合 R-CHOP 化疗方案治疗弥漫大 B 细胞淋巴瘤 30 例，并与常规 R-CHOP 化疗方案比较，治疗组总有效率和证候疗效总有效率分别为 93.3%、96.7%，优于对照组的 83.3%、80.0%（ $P<0.05$ ）。

在减毒研究方面，陈泽松^[33]使用香砂六君子汤联合 R-CHOP 方案治疗 28 例 B 细胞非霍奇金淋巴瘤气虚证患者，并与 28 例单纯使用 R-CHOP 方案化疗患者比较，结果提示，香砂六君子汤具有下列作用：①对 B-NHL 患者脾胃气虚证有明显治疗效果；②联合 R-CHOP 治疗能够提高 B-NHL 患者 KPS 评分，改善患者生活质量；③能增强 B-NHL 患者细胞免疫功能；④能降低 B-NHL 患者 R-CHOP 化疗后血液学不良反应程度分级；⑤能降低 B-NHL 患者 R-CHOP 化疗后消化系统不良反应发生率与程度分级。董旭辉^[34]使用益髓补肾方联合 CHOP 化疗方案治疗 36 例高危 ML 化疗后患者，并与单纯 CHOP 化疗方案进行比较，结果显示，治疗组的不良情况发生率为

52.7%，低于对照组的 78.95% ($P<0.05$)。

中西药联合应用已显现了增效与减毒的优势，但由于没有遵循最优化的临床研究顶层设计，终点观察指标并不突出。建议除遵循临床试验规范进行顶层设计外，选择经方、医院制剂或协定方比自拟方加减研究更为严谨，也容易得出可靠的研究结果，开展行业领域联合协作攻关，集中解决中药增效与减毒问题，是今后中医血液病领域研究的关键。

1.4.3 延长患者生存期：临床部分复发难治以及老龄恶患者多集中在中医医院就诊，治疗诉求是提高生存质量和延长生存期。肖汇颖等^[35]使用石龙解毒方联合 CHOP 方案治疗患者 48 例，与 48 例单纯使用 CHOP 化疗方案者进行比较，结果显示，治疗组无进展生存期为 (17.32±2.14) 个月，2 年内无进展生存率为 79.17%，优于对照组的 (14.86±2.27) 个月和 60.42% ($P<0.05$)。朱逸东等^[36]使用扶正解毒方联合西医化疗方案治疗弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者 50 例，与 50 例单纯使用西医化疗方案者进行比较，结果显示，2 组患者 1 年总生存率均为 100%，但治疗组无进展生存率为 97.87%，优于对照组的 83.72%。于洁等^[37]使用中医扶正散结法联合 CHOP 方案治疗非霍奇金淋巴瘤患者 62 例，与 62 例单纯使用化疗方案者进行比较，结果显示，治疗组平均生存周期为 (12.93±3.76) 个月，优于对照组的 (8.28±2.03) 个月 ($P<0.05$)。

关于中医药提高患者生存质量与延长生存期的研究，要获得更多临床证据，关键在于治疗对象选择，选择初治以及体能较好的患者以观察中药能否提高生活质量，延长生存期，也许不会显现中医药优势价值，而选择复发难治以及老年患者或许是中医药优势所在。

2 存在问题与热点研究策略

2.1 存在问题及其应对措施

综上所述可以看出，中医药治疗 ML 的临床研究已经取得了明显成绩，能为临床深化研究提供一定的参考。但还存在以下问题。①临床研究内容需要完善。临床研究内容包括中医病名、病因病机、证候类型、治疗原则、组方遣药以及疗效评价指标等。目前，除修订的“恶核病”中医病名得到了行业领域普遍公允和广泛推广应用外，其他方面还存在一些争议，地域化差异以及临床医生认知程度是关键。因此，建立以各级中医药学会或协会为指导，以学科引领专科发展为核心的研究团队，开展相应

临床研究，在充分保留地域以及医生认知的个性化特征基础上，加强共性化特征研究，将取得一致意见的研究成果形成包括以学会（专业机构）引导制定的共识、方案、指南等规范性文件，并加以推广应用，并在实践中进一步总结与提高。②临床治疗聚焦点需要更加明确。在 ML 发生与进展及其治疗过程中，中医药参与治疗有很多聚焦点，调节免疫功能、联合增效与减毒、延长患者生存期远不能反映中医药治疗的优势。因此，无论是各级政府或研究机构立项的课题或自选课题研究，在开展临床研究前需咨询临床、评价和信息（统计）等专家，进行临床方案顶层设计，有条件的单位尽量开展多中心的规范化临床研究，以保障发表文献的规范化、科学性和实用性。

2.2 热点研究策略讨论

ML 的异质性、多态性发病过程以及复杂的病理学特征，决定了其治疗复杂性和艰巨性。目前，研究更多关注的是临床治疗效果，把控制无病灶生存期作为终点指标，然而化疗、放疗联合靶向治疗不是唯一取效的治疗方法，针对并发症、共病治疗不但能提高患者生存质量与延长生存期，也能间接提高临床疗效。

2.2.1 抗病毒研究：ML 合并病毒感染既是疾病发生的使动因素，也是疾病进展或治疗过程中必然发生的事件。例如，人类免疫缺陷病毒（HIV）、丙型肝炎病毒（HCV）、人类疱疹病毒（HHV）等可诱发 ML 发生与进展^[38-40]。同时，疾病及其治疗导致的免疫功能低下，又增加了患者对病毒的易感性。无论是使动因素，还是必然结局，都需要积极抗病毒治疗。但目前使用的抗病毒药物因其存在着不同程度的不良反应（胃肠不良反应、血液学损害、肝肾功能损害等）^[41]，会影响规范化治疗。在利用西药有效治疗的同时，选择中医药抗病毒治疗将会成为临床研究热点问题。在西药治疗疾病主体思维不变前提下，辨证施治结合病毒检测与现代药理学研究进展，是抗病毒治疗的重要决策。

2.2.2 防治疾病进展：防治疾病进展是现代医学的“观察与等待”概念。在大多数情况下，惰性（生长缓慢）淋巴瘤或慢性淋巴细胞白血病等无法治愈。这意味着患者将会与疾病共存。另一种概念是指在医患协同的“主动监测”过程中，依据病情变化决定干预措施。观察与等待优势是无需过早使用抗肿瘤治疗，避免因过早使用药物产生不良反应，而导

致医源性疾病,如血液学损害、肝肾功能异常等^[42]。另一方面也保障了等待治疗期间的高质量生活状况。在观察与等待期间,为解决患者心理负担,并遵照“治未病”与“既病防变”理论,以辨证施治为核心,结合病理学特征与中药现代药理学研究为一体的防治措施,可稳定病情(延长疾病进展时间),阻止疾病进展,维持患者高生存质量。同时,在维持治疗阶段可利用中医药优势,预防疾病复发。

2.2.3 治疗复发难治淋巴瘤:许多淋巴瘤患者的初治反应良好。但在一段时间的缓解后,疾病可能会复发变得难治。导致复发和难治的原因有多方面,主要包括:肿瘤干细胞苏醒、基因突变与扩增、相关信号通路开放与激活、残留肿瘤细胞复活、对现有治疗方法产生耐药等^[43-44]。根据《淋巴瘤中西医结合诊疗专家共识(2020年)》的建议,采用具有天然免疫调节作用的中药,并结合西医的基础疗法,能够充分展现中西医结合治疗的个体化与精准化优势^[9]。复发难治患者个体化发病机制及其中医药治疗目前尚属空白领域,复发难治的证候特征、辨证治疗规律、组方选药特点、疗效评价指标等都需要进行深入研究,方能获得相关高质量研究成果。

2.2.4 控制相关并发症:在ML发生与进展及其治疗过程中,会产生相应的并发症或共病,如由疾病引发的淋巴管阻塞性水肿^[45]、长期低热或高热、盗汗、疲乏、抑郁^[46];由治疗相关导致的并发症,如化疗与靶向治疗的血液学异常、肝肾功能损害、皮肤损害、末梢神经病变等等。这些并发症或共病不仅能够降低患者生存质量,也严重影响患者的治疗效果。西医学在放化疗结合靶向治疗控制疾病方面具有明显的疗效优势,但在应对并发症或共病治疗方面,中医药综合治疗方法众多且安全有效。当患者出现血虚生风型皮肤瘙痒时,可选用麻黄连翘赤小豆汤;对于气虚不固型多汗,可选用玉屏风散;若为肠胃积热型便秘,可选用麻子仁丸。同时,根据并发症或共病的严重程度,酌情加减药物,临床疗效显著^[9]。因此,实施以中医药为主的并发症或共病治疗策略是ML综合治疗以及综合疗效评价的重要措施。

3 结语

恶性淋巴瘤作为高度异质性的血液系统恶性肿瘤,其复杂的病理特征和多样化治疗需求为中医药的应用提供了广阔空间。结合靶向免疫治疗的综合策略临床疗效显著,但伴随诸多不良反应和经济负

担,这便对中医药增效与减毒作用提出了更高的要求。中医药在ML治疗中的应用已取得了初步进展,然而当前研究仍存在疗效评价标准不统一、证候分类不规范等问题,阻碍了中医药在ML领域的进一步推广。今后的研究应着重建立标准化的证候诊断及疗效评估体系,深入挖掘中医药在调节免疫、抑制肿瘤复发、控制并发症等方面的作用机制。此外,考虑到ML合并症及其在不同病理分型中的治疗需求,需加强多学科合作,探索中医药联合治疗的个体化与精准化路径,以更好地应对ML的异质性特征。通过持续的临床实践与系统研究,中医药在ML治疗中的应用价值有望进一步提升。

参考文献

- [1] 黄玲,陈林杰,江新苗,等. 2019年恶性淋巴瘤研究新进展[J]. 循证医学,2020,20(1):21-28.
- [2] 任金马,蓝绍颖. 恶性淋巴瘤的流行病学研究进展[J]. 南通医学院学报,2003,23(4):523-524,封三.
- [3] 刘卫平,朱军. 2021年淋巴瘤治疗进展[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志,2022,8(01):94-98.
- [4] 中国医疗保健国际交流促进会肿瘤内科学分会,中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会,中国医师协会肿瘤医师分会. 中国淋巴瘤治疗指南(2023年版)[J]. 中国肿瘤临床与康复,2023,30(1):2-39.
- [5] 陈信义,麻柔,李冬云. 规范常见血液病中医病名建议[J]. 中国中西医结合杂志,2009,29(11):1040-1041.
- [6] 蓝海,侯丽,郎海燕,等. 常见血液病的中医分类与命名[J]. 中医杂志,2019,60(9):750-753,778.
- [7] 陈信义,杨文华. 中医血液病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2019:106-207.
- [8] 田晓琳,杨臻,王建英,等. 恶性淋巴瘤的近现代中医诊疗现状[J]. 世界中医药,2016,11(8):1644-1648.
- [9] 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.
- [10] 秦晓艳,曹璐畅,韩莹莹,等. 从三焦“阳虚痰凝”论治恶性淋巴瘤[J]. 吉林中医药,2023,43(6):632-635.
- [11] 冯彦铭,刘然,高宇,等. 王晞星中医治疗恶性淋巴瘤经验探析[J]. 湖北中医杂志,2023,45(08):28-32.
- [12] 张禹成,闫理想,陈海静,等. 史哲新运用涤痰通络法治恶性淋巴瘤经验撷菁[J]. 中医药通报,2023,22(12):9-12.
- [13] 司叶俊,季建敏,沈群,等. 基于卫气津液学说论治恶性淋巴瘤的中医理论基础及临床实践[J]. 河北中医,2023,45(5):843-846.
- [14] 肖尧,付西,李蒙丽,等. 基于“淋巴玄府”探讨风药论治恶性淋巴瘤[J]. 吉林中医药,2019,39(9):1121-1123.
- [15] 周岱翰. 恶性淋巴瘤的中医治疗[J]. 新中医,1987(10):

- 25-27.
- [16] 陈信义,陈志雄,邱仲川,等. 常见血液病中医诊疗范例[M]. 北京:科学技术文献出版社,2005:287-307.
- [17] 许亚梅,白桦,郭健,等. 恶性淋巴瘤中医辨证治疗[J]. 世界中医药,2013,8(8):963-965.
- [18] 林洪生. 恶性肿瘤中医诊疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:12.
- [19] 侯丽,田劭丹,李平. 中西医结合肿瘤学[M]. 北京:北京科学技术出版社,2014:107-115.
- [20] 郑佳彬,刘杰,李冰雪,等. 淋巴瘤患者症状特征与中医辨证的临床研究[J]. 中华中医药杂志,2017,32(10):4730-4736.
- [21] 王孟琦,朱伟嵘. 淋巴瘤的中医辨治规律的文献研究[J]. 时珍国医国药,2019,30(8):2042-2045.
- [22] 陈信义,周郁鸿,胡晓梅. 血液疾病优势病种中医诊疗方案与路径解读[M]. 北京:北京科学技术出版社,2019:200-209.
- [23] 张璐,王妍颖,于丽,等. 调脂通脉方对动脉粥样硬化小鼠免疫因子及心功能的影响[J]. 北京中医药,2023,42(9):988-993.
- [24] 郎海燕,董石,马薇,等. 中医药治疗难治性原发免疫性血小板减少症的现状及问题[J]. 北京中医药,2023,42(6):580-584.
- [25] 李雪松,段赞,郭炳涛,等. 扶正养荣膏对气血两虚型非霍奇金淋巴瘤化疗患者免疫功能及中医证候的改善作用[J]. 甘肃医药,2022,41(6):504-506.
- [26] 张红柏,王硕,闫晓婷,等. 化毒祛邪汤辅助CHOP化疗方案治疗非霍奇金淋巴瘤患者的疗效及其对血清sFas及FasL表达的影响[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(1):30-36.
- [27] 张莉莉,谷俊,董媛. 自拟疏肝解毒汤联合CHOP化疗方案治疗恶性淋巴瘤疗效及对免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(33):3688-3692.
- [28] 陈秋莹. 中药免疫调节作用及其研究进展[J]. 江西医药,2019,54(2):181-184.
- [29] 杨翠萍,万红娇. 中药对免疫细胞双向调节作用的研究进展[J]. 江西中医学院学报,2009,21(2):98-100.
- [30] 籍祥瑞,肖汇颖,杨凯,等. 石龙解毒方对老年非霍奇金淋巴瘤患者中医证候及生活质量的影响[J]. 河北中医,2019,41(4):523-527.
- [31] 李捷凯,鲍计章,朱文伟,等. 消瘤方加减治疗化疗后正虚痰凝型弥漫大B细胞淋巴瘤60例临床观察[J]. 中医杂志,2022,63(4):349-355.
- [32] 刘艳,李昌桂,马小淋,等. 消瘤方对弥漫大B细胞淋巴瘤肿瘤微环境及miR-532-3p表达的影响[J]. 上海中医药大学学报,2022,36(3):13-19.
- [33] 陈泽松. 香砂六君子汤治疗B细胞非霍奇金淋巴瘤的疗效分析及对细胞免疫功能的影响[D]. 福州:福建中医药大学,2019.
- [34] 董旭辉. 益髓补肾方对高危弥漫大B淋巴瘤化疗后患者临床疗效及免疫功能的影响[J]. 中医药临床杂志,2018,30(10):1901-1904.
- [35] 肖汇颖,胡冬菊,王永敏,等. 石龙解毒方辅助化疗对弥漫大B细胞淋巴瘤预后和生活质量的影响[J]. 中药新药与临床药理,2022,33(1):126-131.
- [36] 朱逸东,甘欣锦. 扶正解毒方辨治弥漫大B细胞淋巴瘤免疫逃逸的临床研究[J]. 中医学报,2022,37(2):408-412.
- [37] 于洁,李薇薇,夏征,等. 中医扶正散结法干预非霍奇金淋巴瘤治疗的临床研究[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(5):936-940.
- [38] 王红慧,刘耀,陶鹏飞,等. HIV相关淋巴瘤诊治进展[J]. 传染病信息,2022,35(3):264-270.
- [39] 孙晓红,万顺,李子坚. 抗病毒治疗在HCV相关淋巴瘤中的治疗现状及研究进展[J]. 中国实验血液学杂志,2021,29(6):1987-1990.
- [40] 张爽,吴晓莉,张宝玺. 慢性活动性EB病毒感染研究进展[J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志,2020,25(5):299-301,305.
- [41] 杨帆,马海平,尤萌茹,等. 456例新型冠状病毒肺炎患者抗病毒药物应用分析[J]. 中国药物警戒,2022,19(4):413-416.
- [42] 中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会,中国医师协会肿瘤医师分会,中国医疗保健国际交流促进会肿瘤内科分会. 中国淋巴瘤多学科诊疗模式实施指南[J]. 中华肿瘤杂志,2021,43(2):163-166.
- [43] 林志娟,徐兵. 复发难治滤泡淋巴瘤治疗进展[J]. 白血病·淋巴瘤,2023,32(2):79-81.
- [44] 梁凤桑,张华,陶运秀. 进展期及复发难治性结外NK/T细胞淋巴瘤的治疗进展[J]. 中国医学创新,2023,20(3):176-180.
- [45] 张金明,陈延超,张斌. 中西医结合治疗乳腺癌术后上肢淋巴管阻塞性水肿效果观察[J]. 实用中医药杂志,2015(8):732-732,733.
- [46] 夏小军,段赞. 中医药治疗恶性淋巴瘤的思路与方法[J]. 中医研究,2016,29(8):53-56.

Clinical status and research hotspots in the treatment of malignant lymphoma with traditional Chinese medicine

LANG Haiyan, CHEN Yuecan, CHEN Xinyi

(收稿日期:2024-08-20)