

林洪生教授治疗恶性淋巴瘤经验发微

郑佳彬 王学谦 刘杰

【摘要】 林洪生教授多年从事恶性淋巴瘤的中西医结合治疗, 提倡肿瘤中医药分阶段规范化的治疗思路, 强调在肿瘤治疗始末以扶正培本为纲, 在特定治疗阶段以解毒散结为要; 提出了辨病与辨证相结合的治疗理念和用药方法, 将恶性淋巴瘤的中西医治疗有机结合, 提高疗效, 降低毒副反应; 同时重视非药物疗法, 关注患者心理、营养、生活等因素, 充分体现了中医药在肿瘤治疗过程中的特色和优势。本文归纳介绍了林洪生教授治疗恶性淋巴瘤经验, 为林教授学术思想的传承与推广提供一定参考。

【关键词】 林洪生; 经验思想; 恶性淋巴瘤; 中西医结合疗法

【中图分类号】 R249.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.02.029

恶性淋巴瘤(malignant lymphoma, ML)是原发于淋巴结或结外淋巴组织和器官的免疫细胞肿瘤。其死亡率在发达国家全部恶性肿瘤排第7位, 在发展中国家为第9位, 发病率在所有恶性血液病中居首位。ML约占全人群恶性肿瘤的3%左右, 中位发病年龄51~60岁, 发病率随年龄增长有持续上升的趋势, 是严重威胁生命健康的恶性疾病^[1], 医学界目前尚无有效的根治手段。近年来, 中医药参与下的淋巴瘤综合治疗取得了较好的临床疗效, 最大限度地发挥治疗的有效性。因此, 如何规范化、最大化的发挥中医药在恶性淋巴瘤治疗中的作用, 成为了临床研究的热点。

导师林洪生教授从事恶性肿瘤的中西医结合诊疗40余年, 积累了丰富的临床经验。她在继承余桂清教授等老一辈专家学术思想的同时, 结合自己的临床实践, 将中西医治疗优势有机结合, 强调在肿瘤治疗过程中始终贯彻扶正培本的基本纲领, 重视固护脾肾, 通过对肿瘤患者阴阳气血的扶助补益改善肿瘤患者的虚证状态, 从而达到防治肿瘤的目的^[2]。提出在不同治疗阶段规范化中医治疗的原则, 倡导中药配合肿瘤手术、放、化疗以达到减轻毒副作用, 提高完成率, 增加疗效的目的, 进而控制肿瘤发展, 减轻临床症状, 提高生活质量, 延长生存时间^[3]。重视心理、营养、运动等多因素对疾病的影响, 提倡将非药物治疗纳入肿瘤治疗体系, 多方位、多角度对病人进行干预, 努力改变患者不良的生活习惯^[4]。笔者有幸跟随林洪生教授临证学习, 受益匪浅, 现将林洪生教授治疗恶性淋巴瘤的经验初步概括如下, 与同道共勉。

1 扶正培本为纲, 解毒散结为要

1.1 扶正培本是治疗的基本原则

所谓扶正, 就是扶助正气, 所谓培本, 就是培植元气, 扶正培本实际上就是通过对肿瘤患者的阴阳气血的扶助, 补益与调节从而改善肿瘤患者的虚证状态, 达到防治肿瘤的目的。它不单指“虚者补之”, 《内经》中提及的“燥者润之”“衰者补之”“精不足者, 补之以味”“形不足者, 温之以气”“损者温之”“劳者温之”“下者举之”均属其列。

依据淋巴瘤的临床表现, 可以归属于中医“积聚”“瘰癧”“马刀”“侠癭”“失荣”“石疽”“痰核”等范畴。中医学对恶性淋巴瘤的论述, 早在《灵枢·寒热篇》就有论述: “寒热瘰癧在于颈腋者……此结鼠瘵寒热之毒气也, 留于脉而不去者也。”在病机方面, 《灵枢·百病始生》指出“湿气不行, 凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 著而不去, 而积皆成矣”; 隋代巢元方的《诸病源候论》中即有“石癭者, 亦是寒气客于肌肉, 折于血气, 结聚而成”; 元·朱丹溪论述“痰挟瘀血, 遂成窠囊”; 清·邹岳《外科真诠》亦曰“石疽…乃肝经郁结, 气血凝滞而成”; 《医宗必读》认为“积之成者, 正气不足而后邪气踞之”。虽然分别论述了湿、痰、毒、瘀、虚等因素在恶性淋巴瘤发病中的作用, 但核心环节是“正虚”导致“正气不足而后邪气踞之”。

林教授在总结前人经验后指出, 恶性淋巴瘤是正气内虚, 痰、湿、瘀、毒搏结于经脉或五脏六腑所致的恶性肿瘤。在临床辨证时, 切不可因标症显著而一味祛邪, 忽略了本虚之内因, 治宜标本兼顾: 在正虚为主要矛盾时, 采用扶正为主, 祛邪为辅; 在邪盛为主要矛盾时, 则应采用祛邪为主, 但不可一味祛邪致使患者正气不足, 少辅扶正药物, 使邪气不至留滞, 正气不至亏甚, 故扶正培本的治疗原则, 应贯彻于整个肿瘤治疗过程。而且当今社会, 放、化疗已经成为了现代医学治疗恶性淋巴瘤的主要手段, 大多数临床接诊的病人, 在初诊时已经接受了化疗、放疗、造血干细胞移植、氩氦刀、射波刀等手段的治疗, 形成了“获得性内虚”体质, 如若仍不

基金项目: 国家中医药管理局 2013 年度中医药行业科研专项 (201307006)

作者单位: 100053 北京, 中国中医科学院广安门医院肿瘤科 [郑佳彬(硕士研究生)、王学谦(博士研究生)、刘杰]

作者简介: 郑佳彬(1990-), 2009 级七年制在读硕士研究生。研究方向: 中西医结合治疗肿瘤临床与基础。E-mail: 276731260@qq.com

分时宜的大剂量应用“以毒攻毒”中药,非但不能有效控制肿瘤,反而会因攻伐太过,使肠胃受损,体质变差,自体免疫力下降,削弱了肿瘤自体免疫清除作用。林教授在扶正培本法中,尤重固护脾肾,认为脾为水谷运化之所,气血化生之源,脾肾功能旺盛,气血有源,则生命存根;若脾胃亏虚,气血生化乏源,人的抗病能力就会随之减弱,正如张景岳指出:“脾肾不足及虚弱失调之人多有积聚。”方药多以黄芪、党参、白术,防风健脾益气固表,脾胃元气不虚,则不能因虚受邪,且常配健脾消食药,如鸡内金、焦山楂、焦神曲等助纳谷运化,或加入生姜、大枣、甘草等温养脾胃之药,以防止损伤脾胃。肾为真水、真火之脏,真水滋养肝木而生心火,真火扶助脾土而生肺金,因此如何培补都应以肾为根本,方中多以川续断、怀牛膝、补骨脂、枸杞子滋水涵木,补益肝肾。

1.2 解毒散结是治疗的重要方法

林教授认为,在不同疾病阶段,单纯的扶正无法有效控制痰、湿、瘀、毒的化生,从而使“癌毒”进一步流注播散,使疾病预后变差。因而虽然扶正培本是治疗肿瘤的根本,但在不同阶段用药时还要分清矛盾主次,如果补益不当,则会造成助邪伤正的结果。恶性淋巴瘤与其他恶性肿瘤相比,其最显著的特点是多样性,临床特征以无痛性、进行性淋巴组织增生,尤以浅表淋巴结肿大特点,其多归于中医学认识中的痰结,而肿瘤痰结中往往兼夹瘀、毒、热等多种病理因素,因而解毒散结时,常以浙贝母、山慈菇、夏枯草、葶苈子、桑白皮、法半夏等化痰散结,以莪术、三棱、桃仁、仙鹤草等散瘀化结,以白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、郁金等清热解毒。

由于恶性淋巴瘤可发生于全身各处淋巴结,决定了恶性淋巴瘤治疗中引经药物应用的重要性。《医医病书》:“药之有引经,如人之不识路径者用向导也。”林教授指出,“癌毒”病位于鼻咽、颈部者,可加羌活、桂枝、姜黄、桑枝等;病位于纵膈者,加桔梗、桑白皮、北沙参等;病位于腹腔内、肠系膜者,加苍术、白芍、防风等;病位于腹股沟者,加牛膝、杜仲等。引经的使用可改变解毒散结药物的作用方向或部位,使其作用侧重或集中于特定的方向和部位,大大增强治疗的靶向性。

2 辨证与辨病相结合,辨证与分期相结合

由于肿瘤病性不同于其他疾病,诸多学者对于辨证与辨病的关系争论纷纷。辨证是指辨别症状,根据四诊所得的资料进行分析、综合、归纳,以判断疾病的原因、部位、性质,从而作出正确的诊断,为治疗疾病提供依据;辨病,则是在病因学、病理学、生理学、解剖组织学等基础上,充分地采集病人的病史,临床症状和体征,以及实验检查、疾病的分类等为依据做出相应的诊断及治疗。林教授学贯中西,重视西医辨病与中医辨证有机结合,在不抛离中医辨证的基础上,根据西医辨病,明确恶性淋巴瘤起病隐匿、亚型繁多、发展缓慢等特点,早期对病人采取放、化疗联合中医药治疗往往可收到良好的临床疗效;晚期的恶性淋巴瘤,当依据病情积极采取化疗、造血干细胞移植、手术、放疗、氩氦刀、射波刀等手段,中医药可以很好地弥补其弊端,缓解不良反应及并发症,增强机体免疫力。林教授在大量临床和研究基础上,提出了以证

候要素为核心的辨证方法,根据淋巴瘤的不同治疗阶段,将其不同的证候要素复合,进行辨证分型,倡导建立不同治疗阶段的复合证候要素辨证分型,将恶性淋巴瘤治疗分为手术阶段、化疗阶段、放疗阶段、单纯中医药治疗阶段。

2.1 手术阶段

淋巴瘤的主要治疗方法以放疗和化疗为主,外科治疗的范围有限。手术主要用于行病理活检或用于分期性剖腹探查术。但原发于胃肠、肾脏、膀胱、睾丸、卵巢、子宫、皮肤、乳腺等处的恶性淋巴瘤宜早期手术切除,术后再辅以化疗和放疗。林教授认为,手术易耗气伤血,术后患者或气血亏虚或脾胃失和,患者在术后积极配合中医药治疗,对于加速患者康复,增强体力,尽快为放化疗创造条件均有不同程度帮助。

2.1.1 气血亏虚 临床出现手术后疲乏、精神不振、头晕、气短、纳少、虚汗、面色淡白或萎黄,脱发,或肢体肌肉麻木、女性月经量少,舌体瘦薄,或者舌面有裂纹,苔少,脉虚细而无力者,治宜补益气血,方予黄芪、党参、太子参、防风益气固表;鸡血藤、阿胶珠、当归、白芍、养血育阴;川续断、补骨脂、怀牛膝、天冬补肾固本。

2.1.2 脾胃虚弱 术后患者出现食欲不振,腹胀,腹痛,大便秘结或不成形,治疗重点在于补气健脾,方多予自拟“养胃方”:太子参、焦白术、枳壳、香附补中益气,健脾行气;半夏、竹茹、猪苓、茯苓化湿和胃;鸡内金、焦山楂、焦神曲等健脾消食;生姜、大枣、甘草等调养气血。

2.2 化疗阶段

非霍奇金淋巴瘤在临床治疗中首选化学药物治疗,而霍奇金氏淋巴瘤ⅢA-B 期,治疗方案也以 MOPP\ABVD 等联合化疗为主,是国际上公认的标准性经典方案。中医学认为化疗药物损伤人体气血、精津,导致五脏六腑功能失调,表现为骨髓抑制、胃肠道不良反应,以及对心脏和肝、肾功能的影响。林教授认为,在化疗阶段合理搭配中医药治疗,既可以减轻和改善这些不良反应,又能在一定程度上增加化疗效果。化疗结束后,攻补兼施,继续中医药治疗,可以使机体更快地恢复,防止复发转移。化疗阶段的病人多见于以下几证。

2.2.1 脾胃不和 胃脘饱胀、食欲减退、恶心、呕吐、腹胀或腹泄,舌体多胖大,舌苔薄白、白腻或黄腻。多见于化疗引起的消化道反应。治宜健脾和胃、化痰止呕、滋补肝肾为法,脾胃气虚较明显则用“养胃方”加减;法半夏、竹茹、茯苓、砂仁等针对痰湿蕴结证,用于肿瘤本身引起或化疗治疗过程中有痰湿壅盛的恶心呕吐等;腹胀,以香附、枳壳、大腹皮、露蜂房理气和胃,腹痛加延胡索、川楝子;严重腹泻,常用芡实、诃子、补骨脂、豆蔻温补脾肾止泄。

2.2.2 气血亏虚 症同 2.2.1,不同点为化疗阶段患者常常表现为不同程度的骨髓移植,外周血象下降。此时用药除在补益气血的基础上,针对白细胞下降患者,酌情加熟地黄、山茱萸、女贞子、枸杞子、菟丝子健脾补肾辅助升白细胞;血小板下降患者,少佐淫羊藿、石韦等辅助升血小板;化疗后出现肝脏毒性者加茵陈、五味子、虎杖等。

2.2.3 肝肾阴虚 午后潮热,五心烦热,盗汗,腰膝酸软,倦怠乏力,形体消瘦,舌质暗红、苔少,脉细数。治宜滋补肝肾,

方中天麦冬、沙参、知母、玉竹滋阴生津润燥；怀牛膝、续断、山茱萸、补骨脂补益肝肾；泽泻、丹皮、炒栀子泄热除烦。

2.3 放疗阶段

随着新的 REAL/WHO 恶性淋巴瘤病理分类的广泛应用和化疗的研究进展,放射治疗在非霍奇金淋巴瘤治疗中的地位发生了很大的变化。放射治疗是大部分早期低度恶性、惰性淋巴瘤的主要治疗手段。其次,化疗和放疗综合治疗是早期弥漫性大 B 细胞淋巴瘤的标准治疗原则。部分侵袭性淋巴瘤如鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤对化疗抗拒,放疗是主要治疗手段或根治性治疗手段,Ⅰ~ⅡA 期鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤通过放射治疗可取得好的疗效^[5]。中医学认为放射线性属热毒,久作于人体,可出现口干喜饮、心烦易怒、口腔溃疡、小便赤涩、大便秘结等气阴两虚或热毒瘀结的症状。

2.3.1 气阴两虚 除肝肾阴虚证治宜滋补肝肾、滋阴生津等法外,热毒多伤营血,灵活运用活血解毒中药如莪术、郁金、蒲公英等药,以缓解病人症状,改善病人生活质量。

2.3.2 热毒瘀结 在放射线局部照射的部位,热毒聚集,灼伤皮肤,临床常表现为皮肤红、肿、热、痛,严重者局部破溃不愈。宜清热解毒,方中金银花、连翘、板蓝根、黄芩、黄柏与滋阴润燥之玄参、麦冬、生地黄等药相配,消补兼施。对于破溃日久者,可用生肌玉红膏于纱布蒸热,敷于患处,待患处化脓消失换以四黄膏涂之,疗效显著。

2.4 单纯中医药治疗阶段

对于一些不适合或不接受手术、放疗、化疗的患者,或既往接受过手术、放疗、化疗,中医药维持治疗的患者,如何针对此类人群有效地控制肿瘤生长,减轻症状,提高生存质量,延长生存时间是中医药的己之所长和优势所在。在治疗始终,除贯彻“扶正培本”的治疗原则外,林教授提出辨主症,辨标本虚实的辨证要点,气滞痰结者以醋柴胡、陈皮、香附、枳壳、川芎等行气化痰;痰湿凝结者以半夏、竹茹等化湿健脾,郁金、夏枯草、浙贝等散结消肿;寒痰凝滞者以熟地黄、附子、肉桂温化寒痰;久病虚损型以牛膝、山药、补骨脂、枸杞子等补益肝肾。同时在此阶段,林教授强调在不违背中医辨证原则的基础上,有选择性地应用现代药理研究中有抗癌作用的中药,往往收到良好的效果,其中如:金荞麦、土茯苓、半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、预知子等药的周期性合理应用,对于控制肿瘤发展、转移均收到较好疗效。

3 重视非药物疗法,综合多种康复手段

多年来,林教授一直十分重视非药物治疗手段在肿瘤治疗中的应用。她认为肿瘤治疗是一项多学科交叉、综合的系统工程,是在临床肿瘤学、心理学、营养学、社会学、运动医学等多学科共同参与协作下进行治疗与教育兼顾的独特医疗模式。

3.1 心理因素

恶性淋巴瘤病程周期长、医疗费用昂贵、易出现复发和转移,给患者身心乃至整个家庭都造成了很大的负面影响,导致患者自身情绪消极,出现抑郁、焦虑,进而诱发肿瘤或加速肿瘤的恶化。针对这些问题,林教授每在接诊时,都会以亲切和蔼的语言与患者交谈,耐心地讲解肿瘤的发生、发展

及预后的过程,注重沟通方式,言语亲切婉转,引导患者走出消极情绪,重新树立战胜癌症的信心。另外,林教授时刻为病人着想,不开或少开昂贵药物,尽量避免应用口感难于接受的药物,在确保疗效的前提下,为患者减轻了心理负担和生理负担,从而调动患者积极主观能动性,形成良性循环。

3.2 营养因素

恶性淋巴瘤属于消耗性疾病,常出现不同程度的营养不良,导致患者出现消瘦、乏力、食欲不振,晚期常出现贫血、发热和恶液质等,严重限制化、放疗等肿瘤治疗手段的运用,降低治疗敏感性,影响生活质量,缩短生存时间。林教授主张“清淡饮食,科学搭配”,提倡主副搭配、荤素结合、宜清淡、新鲜、易消化的健康食谱。服药期间除忌烟、酒、忌生冷、辛辣等会加重患者胃肠负担的食物外,不必过多忌口,食后无不适,都可以适量食之,一方面避免了患者在长期消耗的情况下营养状态再次受到限制,另一方面也缓解了患者的心理负担,使患者生活趋于正常。

3.3 生活因素

《黄帝内经·素问》:“上古之人,其知道者,法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去。”林教授提倡患者“起居有节,科学运动”,通过生活习惯的改变增强患者体质。根据患者的具体情况,制定出适宜运动处方,如“八段锦”“五禽戏”等,既有益于肿瘤患者病体的恢复、身体素质的增强,又能对药物治疗起到积极的辅助作用。

林教授强调,中西医结合不能仅仅停留在药物治疗层面,更要深入到患者的生活中去,最大程度地发挥中医药特点,逐渐引导病情向好的方面转归。

4 小结

林教授对恶性淋巴瘤的治疗经验丰富,主张中西医结合治疗,提倡分阶段规范化的治疗思路,逐渐形成了一套以扶正培本为纲,辨病与辨证相结合的治疗理论和用药方法,重视患者心理、营养、生活等多方面的调节,以达到提高患者生存质量和延长患者生存时间的目的。林教授的临床经验为探索恶性淋巴瘤的规范化中西医结合治疗提供了一定参考。

参 考 文 献

- [1] 林洪生. 恶性肿瘤中医诊疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [2] 林洪生. 建立中医肿瘤规范化治疗方案[J]. 癌症进展杂志, 2005, 3(6): 524-527.
- [3] 李道睿, 崔太荣, 吴皓, 等. 林洪生辨治肿瘤学术思想初探[J]. 中国中医药信息杂志, 2008, 15(6): 86-87.
- [4] 吴皓. 林洪生治疗肺癌临床用药特点初探[J]. 中国中医基础医学志, 2011, 17(11): 1228-1229.
- [5] 李晔雄. 非霍奇金淋巴瘤放射治疗的现状[J]. 中国癌症杂志, 2006, 16(6): 421-432.

(收稿日期: 2015-05-04)

(本文编辑: 蒲晓田)