

恶性淋巴瘤的近现代中医诊疗现状

田晓琳¹ 杨臻² 王建英² 张坤² 许亚梅²

(1 山东中医药大学附属医院血液病科, 济南, 250000; 2 北京中医药大学东直门医院肿瘤血液科, 北京, 100700)

摘要 恶性淋巴瘤是我国常见十大高发恶性肿瘤之一, 近年发病率呈逐渐上升趋势。按照淋巴瘤的发病特点, 结合古代文献及历代医家对淋巴瘤的认识, 现多认为恶性淋巴瘤的病因主要集中在“痰、毒、瘀、滞、虚”五个方面。恶性淋巴瘤宜综合治疗, 中医配合化疗, 能发挥直接抗癌, 提高放化疗疗效, 减轻不良反应、逆转耐药、防止复发的作用, 有利于提高患者生活质量, 延长生存期。利湿、化痰、解毒、化瘀、扶正是淋巴瘤的重要治法。中医辨证论治治疗淋巴瘤, 具有鲜明的特色。

关键词 恶性淋巴瘤; 中医; 辨证论治; 证候要素; 治疗

Modern Treatment Status of TCM in Malignant Lymphoma

Tian Xiaolin¹, Yang Zhen², Wang Jianying², Zhang Kun², Xu Yamei²

(1 Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Ji'nan 250000, China; 2 Department of Hematology, Dongzhimen hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract Lymphoma is one of the top ten common high incidence of malignant. In recent years, the incidence rate shows a gradual upward trend. Chinese medicine combined with chemotherapy can anticancer directly and improve the efficacy of chemotherapy. Anti-tumor with traditional chinese medicine is of distinct characteristics.

Key Words Malignant lymphoma; TCM; Differential treatment; Syndrome factor; Treatment

中图分类号: R2-03 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.08.067

恶性淋巴瘤 (Malignant Lymphoma, ML) 属于常见恶性肿瘤, 分型复杂, 急性淋巴细胞白血病也属于恶性淋巴瘤的一种亚型。目前尚无淋巴系统的良性肿瘤, 故恶性淋巴瘤可简称为淋巴瘤。淋巴瘤发生在淋巴结或结外多种部位, 淋巴细胞和组织细胞大量增生, 恶性程度不一, 按细胞来源可分为 B、T 和 NK 细胞。不同分型的淋巴瘤临床表现和预后差异很大, 具有极大的异质性。

在我国, 淋巴瘤占有所有恶性肿瘤发病的 3% 左右, 而且研究显示, 随着经济水平的提高, 淋巴瘤的发病趋势逐渐上升^[4-6], 现已成为我国十大高发恶性肿瘤之一。据统计分析, 淋巴瘤的发病趋势呈现明显的地域性, 2008 年经世界人口构成标准化后的全球淋巴瘤世标率为 7.5/10 万。国际癌症研究中心资料^[7]报告示: 在过去几十年, 全球范围内非霍奇金淋巴瘤发病率持续升高, 而霍奇金淋巴瘤显著下降。我国的淋巴瘤发病趋势同世界发病趋势相同, 又有自己的独特之处^[8]: HL 与 NHL 的发病比值约为 1:5; HL 发病与日本相似, 呈单峰状, 高峰在 40 岁左

右; NHL 中弥漫型较多, 其次是 T 细胞淋巴瘤, 滤泡型较少。

作为增长速度最快的血液系统恶性肿瘤, 淋巴瘤的发病机制目前还未完全清楚。目前有学说认为, 遗传、感染、环境污染等因素长期刺激人体, 使淋巴细胞一直处在增殖状态中, 淋巴细胞长期增殖超出人体自身的调控能力, 最终出现增殖失控, 进而导致淋巴瘤发生。

1 中医病名溯源

在中医古籍中, 并未明确记载论述淋巴瘤这个病名, 但根据文献分析, 很多疾病的发展、临床表现、转归等同现代淋巴瘤发病规律非常符合, 现一般认为古代医家对淋巴瘤的描述可散见于“石疽”“痰核”“阴疽”“瘰癧”“失荣”“恶核”等病证范畴之中。临床主要表现为局部肿块, 皮色不变, 不痛不痒。

2 中医病因病机的认识

虽然历代医家对恶性淋巴瘤的病因病机在认识上不尽相同, 辨证分型也各异, 但绝大多数人认为恶性淋巴瘤的病因主要集中在“痰、毒、瘀、滞、虚”五

基金项目: 北京市自然科学基金资助项目 (编号: 7152092)

作者简介: 田晓琳 (1990.05—), 女, 医学硕士, 医师, 现任山东中医药大学附属医院血液病科医师, 研究方向: 中西医结合防治血液恶性肿瘤应用研究, E-mail: lansechongji@126.com

通信作者: 许亚梅 (1975.12—), 女, 医学博士, 主任医师, 现任北京中医药大学东直门医院血液肿瘤科主任医师, 研究方向: 中西医结合防治恶性血液肿瘤疾病, E-mail: xuyamei@sina.com

个方面。淋巴瘤多因寒凝痰滞、毒陷阴分,或寒凝气结、风热血燥、气滞气郁、脏腑亏损、气血亏虚、阳气不足而致瘀血痰毒凝聚而成。早期病理改变以气滞痰凝为主,痰液为湿邪运行不畅所凝聚,或由于邪热内结,煎灼津液而成,若情志失调,气机不畅,肝气郁结,肝气犯脾,脾失健运,亦可导致津液停聚为痰,或外感邪毒,正气不能与邪毒抗争,乘机由表入里,灼伤津液,均可导致痰阻经络,气血痰相互胶结,日久渐为肿核。

2.1 痰 《丹溪心法·痰病》云:“凡人身上中下有块者多是痰。”淋巴瘤多与“痰”有关,所谓“无痰不成核”,早期多表现为淋巴结肿大。痰的成因主要有两方面:1)肺脾肾亏虚水湿内停,渐渐凝结成痰,或阴虚有火,炼液为痰。《景岳全书·杂证谟》云:“五脏之病,虽俱能生痰,然无不由乎脾肾。2)痰之化无不在脾,而痰之本无不在肾”。清陈修园亦云:“痰之动,湿也,主于脾;痰之本,水也,原于肾”。

2.2 毒 统称为“癌毒”。《金匱要略·心典》言:“毒,乃邪气蕴结不解之谓”。中医学认为,毒分内毒和外毒,外毒指外感之毒,如“疫毒”“温毒”等;内毒则由机体脏腑功能失调,气血阴阳失衡引起痰浊、瘀浊阻滞化生毒邪,即“痰毒”“瘀毒”。癌毒由内外多因素的作用下形成,贯穿于疾病始终,是恶性肿瘤发生发展的关键因素。“癌毒”是一种具有特异性的病理产物和致病因子,具有正气难以抵御,并损伤脏腑、气血阴阳,且易诱生他邪等特性。癌毒之为患证其候错综复杂,寒热虚实兼有,临证当以辨证论治为原则。

2.3 瘀 瘀多因寒凝血瘀或气滞血瘀,瘀血积聚于脉络、溢于脉外而为病。气滞则血瘀,血瘀又会进一步加重气滞。因此瘀血是病理产物,而在瘀血形成之后,又可阻滞于脉络,加剧气机阻滞和痰液凝聚,从而形成气滞导致血瘀痰凝,血瘀导致气滞痰凝的恶性循环。后世唐容川《血证论》亦云:“血积既久,亦能化为痰水”和“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血,则痰水自消”,《丹溪心法》云:“痰挟瘀血,遂成窠囊”进一步说明了痰湿与血瘀的关系。

2.4 滞 所谓“百病生于气”,人体气机失调,则百病丛生。中医学认为“忧怒郁闷,昕夕积累,脾气消阻,肝气横逆,遂成隐核。”明李梴曰:“郁结伤脾,肌肉消瘦,与外邪搏结成瘤”。情志不舒,肝气郁结于内,气机不畅,气滞血瘀,积而成块。相反,若气机条畅,机体气血津液生化有源,则正胜邪祛。

2.5 虚 内虚指人体内环境的失衡,脏腑、经络功

能失调。《医宗必读》曰:“积之成者,正气不足,而后邪气踞之”。临床中各种淋巴瘤多先有虚,“虚”为病理因素之本。脾是后天之本,肾为先天之本,肾阳不足,水湿上泛,聚而为痰,或肾阴亏耗,虚火内炽,灼津为痰,脾肾亏虚,痰浊内生,日久则发为本病。因“虚”而致脏腑功能失调,代谢产物堆积,而后才出现“痰”“毒”“瘀”。《外证医案》也有:“正气虚则成岩。”张景岳曰:“脾肾不足及虚弱失调之人,多积聚之病”。

2.6 其他 张卫华^[9]提出了“阳化气,阴成形”理论。他认为,罹患淋巴瘤的患者,体质素以阳虚为主,阳气内虚,无以运化水气及津液等,温煦无力,痰浊水饮内停,积聚成形,最终导致痰浊、水饮、血瘀相互胶结,痰瘀从本质上皆属阴性产物,此乃阴成形太过的基础。在治疗上主张温阳化气为主,以调理化气和成形之间的矛盾,以恢复人体的内在平衡。

3 中医病位的认识

恶性淋巴瘤没有明确的中医病名记载,对病位的确定亦无章可循,现代医家对淋巴瘤病位的认识也不尽相同,总结起来大致有肺脾、脾肾、肺脾肾、肝脾肾、三焦肝胆肾这五种观点。

朴炳奎^[10]认为肺脾肾亏虚为本,痰毒瘀郁结为标;章亚成^[11]提出此病本虚在肺脾两脏;王大鹏^[12]提出脾肾亏虚是淋巴瘤发作及缠绵不愈的根本原因,认为病位在于脾肾;周永明^[13]亦提出脾为先天之本,肾为后天之本,脾肾亏虚是疾病之根本原因。以上三种观点多从痰浊生成之源进行探讨。贾玫^[14]认为淋巴瘤病位在肝、脾、肾,晚期多见气血衰败。董茂芝认为此病由风热血燥、寒痰凝滞、肝肾二经风热亏损导致,三焦肝胆三经怒火风热血燥而成,病位在三焦肝胆肾。

4 中医证候要素及证型

恶性淋巴瘤不同于其他肿瘤,病因病机复杂,辨证至今未统一,近代部分学者根据文献总结出淋巴瘤常见证候要素及常见证候,具体如下:

刘平^[15]等总结出淋巴瘤 11 个常见证候要素,即实性证候要素如:痰结(31.71%)、寒凝(7.32%)、血瘀(7.32%)、气滞(6.10%)、火热(4.88%)、湿盛(3.05%)、风燥(2.44%)、毒邪(1.22%);虚性证候要素如:气虚(9.76%)、血虚(6.71%)、阴虚(6.10%);

许亚梅、陈科等^[16]将证候要素总结为以下 6 种常见类型:气虚(26.78%)、瘀血(21.7%)、痰浊(21.02%)、阴虚(17.97%)、寒凝(9.48%)、气滞

(3.05%);总结出10种常见证候:气阴两虚(30.61%)、痰瘀互阻(26.78%)、寒痰凝滞(15%)、脾气虚弱(9.58%)、气虚血瘀(5.63%)、瘀血内结(3.12%)、肝肾阴虚(2.50%)、气滞寒凝(2.50%)、气虚痰结(2.50%)、气滞血瘀(1.78%)。

5 淋巴瘤中医治疗

5.1 辨证论治 恶性淋巴瘤宜综合治疗,早期西医放化疗为首要治疗手段,可配合中医祛邪抗癌;中期应将扶正固本与祛邪抗癌相结合;晚期应以中医药治疗为主,扶正调补,兼顾祛邪抗癌,主要针对化疗副反应及后期并发症,尤其适于肿瘤后期机体衰竭的恶病质表现,中医可发挥改善症状,支持治疗的作用。也有部分医家对传统的治疗存在异议,章亚成^[9]提出恶性淋巴瘤早期为因虚致瘀,因此早期应重视扶正补虚,正气强盛则痰瘀自消,放化疗手术期则主张多用调和之法,缓解恢复期则应特别重视祛痰化瘀的证治观念。恶性淋巴瘤不同于其他具体部位的恶性肿瘤,目前对淋巴瘤的证型诊断尚不统一。查阅文献,根据古代医家总结及临床之所见,现将淋巴瘤常见证型分为以下5种证候。

5.1.1 寒痰凝滞证 主症:颈项、耳下、腋下几处或多处淋巴结肿大,肿核坚硬如石,皮色不变,不痛不痒,不伴发热,但难消难溃,可伴有面色少华,形寒怕冷,腹部胀满,舌淡,苔白腻,脉沉细。治则:温阳化痰,软坚散结。方剂:阳和汤合消瘰丸。药物组成:熟地黄、麻黄、炮姜、肉桂、白芥子、鹿角胶、浙贝母、玄参、牡蛎、生甘草。

周维顺^[17]认为寒痰凝滞证在治疗上宜温化寒凝,化痰解毒,常用的药物有:肉桂6g,白芥子、莪术、胆南星各10g,熟地黄、黄药子各15g,薏苡仁、生黄芪、浙贝母、生牡蛎、猫人参、山慈菇、夏枯草、猫爪草、蒲公英各30g;

罗秀素^[18]治疗寒痰凝滞证方药以二陈汤合甘草干姜苓术汤加减,具体药物有:甘草、茯苓、白术、炒白芥子、干姜、天竺黄、姜半夏、象贝母、川芎、橘络;或以温补脾肾,化痰散结为法,方药以阳和汤化裁,具体用药为:熟地黄、麻黄、肉桂、淡附片、干姜、炒白芥子、鹿角片、姜半夏、茯苓、白术、当归、僵蚕、焦山楂、橘络、甘草等。

5.1.2 气滞痰凝证 主症:颈、腋及腹股沟等处肿核累累,胸膈满闷,胁肋胀痛,形体消瘦,精神疲乏,舌质红或淡红,舌有瘀点,苔白腻,脉沉滑。治则:疏肝解郁,化痰散结。方剂:疏肝溃坚汤加减。药物组成:柴胡、当归、白芍、制香附、青皮、红花、炮山甲、夏

枯草、僵蚕、石决明、姜黄、山慈菇、生甘草。周维顺^[17]认为气郁痰结证在治疗上宜疏肝解郁,化痰散结。常用的药物有:柴胡、当归、赤芍、薏苡仁、白芍、生牡蛎、陈皮、穿山甲、夏枯草、青皮、莪术、红花、浙贝母、猫爪草、生甘草。

5.1.3 毒瘀互结证 主症:颈项或体表肿核硬实累累,推之不移,质硬,伴见形体消瘦,面色黯黑,舌质暗红、苔多厚腻乏津,脉弦涩;或舌质紫暗或有瘀斑,苔黄,脉弦数。治则:化痰解毒,祛瘀散结。方剂:和营软坚丸或解毒化痰方加减。药物组成:玄参、生地黄、瓜蒌、苦桔梗、蒲公英、马勃、板蓝根、赤芍、草河车、薄荷、郁金、蜂房。朴炳奎^[7]提出毒瘀互结证治宜活血化痰、解毒散结,方药以和营软坚丸加减。

5.1.4 痰瘀互结证 主症:颈项或体表肿核硬实累累,推之不移,隐隐作痛,或见两胁积(肝脾肿大),胸闷气促,发热恶寒,口干苦,大便干结,消瘦,乏力,舌绛苔黄,舌下青筋,脉滑数。治则:消痰散结,解毒祛瘀。方剂:海藻玉壶汤合西黄丸加减。药物组成:海藻、昆布、乳香、没药、贝母、连翘、陈皮、麝香、青皮、牛黄、法半夏、当归、川芎、独活、甘草。陈琰碧^[12]提出痰瘀互结在恶性淋巴瘤的发病中扮演着重要角色,治疗时须痰瘀同治,其临床常用的化痰药物主要有:半夏、浙贝母、黄药子、生牡蛎;常用的活血化痰药物主要有:郁金、桃仁、红花、三棱、莪术、赤芍、穿山甲;病程初期多为阳证,多配伍清热解毒之品;久病阴证多伍益气之品,如太子参、白术、党参、灵芝等。

陈锐深^[20]提出淋巴瘤治疗首先要健脾化痰,淋巴瘤的发病关键源于内环境失衡,即“内虚”,在内虚中最重要的是脾胃虚弱。在临床上本病表现为寒痰凝滞、或痰热蕴结、或痰瘀互结,常采用健脾温阳化痰、软坚散结的治法,常用健脾化痰药有白术、党参、薏苡仁、半夏、浙贝母、南星等。在健脾化痰的同时,也应注重应用理气药,常用药有乳香、没药、莪术、三棱、青皮、丹参等。

5.1.5 肝肾阴虚证 主症:颈项肿核,质地坚硬,或腹内结块和(或)形体消瘦,头晕目眩,耳鸣,身烘热,五心烦热,心烦易怒,口咽干燥,两胁疼痛,腰肋酸软,遗精失眠,夜寐盗汗,舌红或绛、苔薄或少苔,脉细数。治则:滋补肝肾,解毒散结。方剂:和荣散坚丸加减。药物组成:浙贝母、海蛤壳、昆布、夏枯草、蛇六谷、川芎、红花、当归、白芍、茯苓、党参、熟地黄、香附、桔梗、陈皮等。周维顺^[16]认为肝肾阴虚证治疗上宜滋补肝肾、补气养血,常用的方药为:生黄

芪、薏苡仁、太子参、半枝莲、猫爪草、绞股蓝、炙鳖甲、夏枯草各30 g,熟地黄、女贞子、当归、枸杞子各15 g,赤白芍各10 g,炙甘草5 g。

陈信义等^[19]治以滋补肝肾、降火散结,予大补元煎加减,方药为人参10 g、熟地黄15 g、山药10 g、杜仲10 g、枸杞子10 g、当归10 g、山茱萸12 g、玄参15 g、龟甲10 g、甘草6 g。

郁仁存^[21]以滋补肝肾、解毒散结为法,用知柏地黄汤加减,具体用药为:

生牡蛎、白花蛇舌草30 g,女贞子、土茯苓各15 g,熟地黄12 g,知母、黄柏、山茱萸、山药、枸杞子、牡丹皮、蚤休、鳖甲各10 g。

5.2 放化疗期间随证加减 恶性淋巴瘤放化疗后常出现消化道症状、周围神经毒性、骨髓严重抑制等不良反应,因此在放化疗期间配伍中药可起到增效减毒作用。

5.2.1 化疗期间消化道反应严重,胃失和降者 临床表现主要有化疗后胸闷呕恶,头困肢倦,倦怠乏力,口淡乏味,纳差,舌苔白滑或腻,脉濡或脉滑。治疗上宜和胃降逆,芳香化湿为主,临床用药一般以平胃散合旋覆代赭汤加减,常用方药为:旋覆花(包煎)、陈皮、姜半夏、代赭石、炒白术、枳壳、炙鸡内金各10 g,焦谷芽、焦麦芽、焦神曲、茯苓各15 g,薏仁6 g,党参5 g。

周永明^[13]提出化疗期间患者出现纳差腹胀、恶心呕吐等表现,乃脾胃受损、胃失和降所致,在治疗上宜和胃降逆、健脾行气为主,方药一般选用香砂六君子汤或旋覆代赭汤加减行气降逆。

5.2.2 放疗所致阴液亏虚者 临床主要表现为口燥咽干,咽肿疼痛,腹胀便干,舌质红,苔黄燥,脉细或脉数。治宜育阴清热为法,选用益胃汤合泻黄散或合增液汤加减,具体药物为南沙参、北沙参各10 g,玉竹、生地黄、竹叶、焦山栀子各10 g、麦冬、黄精各20 g、生石膏(先煎)30 g、玄参15 g、防风4 g、生甘草5 g。

周永明^[13]认为放疗引起的口干欲饮、局部灼热肿痛、舌光少苔,乃热毒灼津伤络所致,治疗上宜凉血解毒、养阴清热,方药以增液汤加味。

5.2.3 放化疗所致气血两虚、骨髓抑制较重者 临床主要表现为面色苍白或萎黄,头昏肢倦,气短懒言,食欲不振,舌淡苔薄,脉细弱,血常规提示白细胞、红细胞或血小板显著减少,治宜补益气血,临床多用十全大补汤加减,具体药物为:熟地黄15 g、炒白芍10 g、人参10 g、茯苓15 g、生黄芪15 g、白术10

g、当归10 g、肉桂4 g、川芎6 g、炙甘草5 g。脱发者,加用制首乌15 g、补骨脂10 g。

周永明^[13]提出化疗期间血象下降明显等,为脾肾受累、化生乏源,治疗上宜补脾益肾、填精补血,方药以大补元煎加减。

6 总结

淋巴瘤属于淋巴系统的恶性增殖性肿瘤,作为西医病名,在中医古籍中无明确论述,现代医家将其归为“恶核”“痰核”“阴疽”“石疽”“失荣”等范畴,目前本病发病呈上升趋势,病因主要集中在“痰、毒、瘀、滞、虚”五个方面。淋巴瘤多因寒凝痰滞、毒陷阴分,或寒凝气结、风热血燥、气滞气郁、脏腑亏损而致瘀血痰毒凝聚而成,早期以痰凝结滞为基本病理,治以温阳散结^[22]。淋巴瘤具有很大的异质性,不同的亚型预后差别很大。现代西医治疗以放疗、化疗、靶向治疗、造血干细胞移植为主,但部分患者存在化疗耐药、化疗不耐受、疾病复发等问题。中医中药能发挥直接抗癌,提高放化疗疗效,减轻不良反应、逆转耐药、防止复发的作用^[23-25],有利于提高患者生活质量,延长生存期。中医中药对淋巴瘤的治疗中具有鲜明的特色^[26]。

通过查阅文献,也发现目前淋巴瘤的中医治疗方面存在一些问题^[27]:1)缺乏具有广泛共识的中医辨证论治和中医临床实践指南;2)缺少在循证医学指导下的大规模、多中心随机对照的临床试验;3)基础研究成果转换能力不足。因此,在严谨的科学研究方法指导下,以基础研究成果转化于临床实践、服务临床为目的,开展中医治疗规范化研究,建立具有广泛共识的诊治方案,有助于进一步提高中医治疗淋巴瘤的疗效。

参考文献

- [1] 陈竺. 全国第三次死因回顾抽样调查报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2008.
- [2] 陈万青,郑荣寿,曾红梅,等. 中国恶性肿瘤发病趋势分析和预测[J]. 中华预防医学杂志,2012,46(7):581-586.
- [3] 陈万青,郑荣寿,曾红梅,等. 1989-2008年中国恶性肿瘤发病性别和城乡差异以及平均年龄趋势分析[J]. 中华肿瘤杂志,2014,36(10):796-800.
- [4] Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008;GLOBOCAN 2008[J]. Int J Cancer,2010,127(12):2893-2917.
- [5] World Health Organization. Globocan 2008, cancer incidence and mortality worldwide in 2008[EB/OL]. <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>,2014-01-11.
- [6] 袁延楠,杨雷,孙婷婷,等. 1998-2010年北京市户籍居民恶性淋巴瘤发病情况[J]. 中华预防医学杂志,2014,48(8):669-673.

- [7] Parkin D, Whelan S, Ferlay J, et al. Cancer incidence in five continents [M]. Lyon: IARC Scientific Publication, 1997: 143.
- [8] 鲍萍萍, 金凡. 恶性淋巴瘤流行病学[J]. 白血病·淋巴瘤, 2002, 11(3): 162-166.
- [9] 张卫华, 于启天. 基于阳化气, 阴成形理论探讨恶性淋巴瘤的中医证治[J]. 新中医, 2012, 44(6): 186-187.
- [10] 朴炳奎. 恶性淋巴瘤的中医诊治体会[J]. 江苏中医药, 2008, 40(9): 5-6.
- [12] 王大鹏. 中医药辨治恶性淋巴瘤体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(4): 409-410.
- [13] 杜美莲, 周永明. 周永明教授治疗恶性淋巴瘤经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(3): 103-104.
- [14] 贾玫, 李忠. 恶性淋巴瘤的中西医结合诊治[J]. 中国临床医生杂志, 2007, 35(5): 24-27.
- [15] 刘平, 司富春, 刘紫阳, 等. 近 30 年来临床淋巴瘤中医证型和用药规律分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(10): 829-831.
- [16] 许亚梅, 白桦, 倪磊, 等. 恶性淋巴瘤中医辨证治疗[J]. 世界中医药, 2013, 8(8): 963-965.
- [17] 周维顺, 吴良村. 恶性淋巴瘤证治述要[J]. 浙江中医杂志, 1997(8): 345.
- [18] 罗素秀, 沈一平, 虞荣喜, 等. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤 34 例临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 1997, 7(3): 142.
- [19] 陈信义, 周蔼祥. 中西医结合临床诊疗丛书·血液病手册[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2001: 344.
- [20] 曹洋, 罗定新. 陈锐深教授治疗恶性淋巴瘤经验撷拾[J]. 中医药学刊, 2002, 20(1): 22, 36.
- [21] 郁仁存. 恶性淋巴瘤中西医结合治疗方案[J]. 中国肿瘤, 1995, 4(5): 20.
- [22] 曹红春, 李娜, 龚新月, 等. 恶性淋巴瘤中医辨证及治疗思路探讨[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(2): 53-55.
- [23] 于天启, 戴嫩, 杨宏光. 浅谈淋巴瘤的中医治疗[A]. 中国中西医结合学会血液学专业委员会. 全国中西医结合血液学学术会议论文汇编[C]. 中国中西医结合学会血液学专业委员会, 2010: 6.
- [24] 陈健一, 孙雪梅. 恶性淋巴瘤的中医治疗[A]. 中华中医药学会. 中华中医药学会第二届岐黄论坛——血液病中医药防治分论坛论文集[C]. 中华中医药学会, 2014: 4.
- [25] 杨春. 霍奇金淋巴瘤的中医治疗浅析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(13): 195-196.
- [26] 邵雅俊, 江劲波. 恶性淋巴瘤中医药研究进展[J]. 中医药导报, 2008, 14(4): 86-87, 102.
- [27] 许亚梅, 陈科, 等. 恶性淋巴瘤中医规范化诊治探讨[J]. 世界中医药, 2014, 9(4): 507-509.

(2015-10-09 收稿 责任编辑: 张文婷)

《世界中医药》杂志中药研究栏目征稿通知

《世界中医药》杂志为世界中医药学会联合会的会刊, 目前该会已经成立了 26 个中药相关专业(如中药、中药新剂型、中药药剂、中药分析、中药化学、中药药理、药材资源、中药鉴定、方剂、中药饮片等)委员会, 这些专业委员会在各自的学科建设、学术交流、人才培养等方面都发挥着重要的作用, 本杂志与各专业委员会联手, 产、学、研、用、政结合, 优化学科建设, 解决中药领域面临的实际困难, 实现“学术、创新、转化、共赢”为目的, 共同推动学科的发展, 在中药领域的推广应用等方面做出了突出贡献。本杂志近几年稳步发展, 办刊质量逐步提升, 影响不断扩大, 据中国科学技术信息研究所 2015 年期刊评价最新数据显示, 本杂志核心影响因子为 0.773, 在中医学类期刊中排名第 3, 在中药学类期刊中排名第 4, 连续 7 年被评定为中国科技核心期刊。杂志设置“中药研究”栏目, 陆续宣传展示国内外中药学研究进展和最新动态, 是中药研究高学术水平的交流平台。如果您致力于中药领域的研究, 请将您在新药研发、中药资源与鉴定、中药分析、药剂学、中药化学、药

理、不良反应等方向的新成果、新技术、新方法与新思路撰写成有创新性的文章或综述, 在本杂志出版发表。内容以 7 000 字符以上为宜, 稿件一经录用, 优先安排发表。《世界中医药》杂志(CN 11-5529/R; ISSN 1673-7202)由国家中医药管理局主管, 世界中医药学会联合会主办, 创刊于 2006 年, 是中国第一本面向国内外公开发行的中医药类综合性学术期刊, 月刊。2009 年被国家科技部收录为“中国科技核心期刊”。杂志全文收录在《中国期刊全文数据库》《中文科技期刊数据库》《中国核心期刊数据库》《中文科技期刊综合评价数据库》《美国乌利希期刊指南收录期刊数据库》《美国化学文摘 CA 收录期刊数据库》等一系列检索系统。

欢迎您踊跃投稿!

投稿请通过《世界中医药》杂志社官方网站: www.sjzyyz.com, “在线投稿”入口注册投稿, 并注明“中药征稿”字样。

联系电话: 0086-10-58650023, 58239055; 传真: 0086-10-58650236

E-mail: sjzyyz@vip.126.com