

· 专家共识 ·

淋巴瘤中西医结合诊疗专家共识（2020 年）

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（lymphoma）是我国多发恶性肿瘤之一，2019 年发布的我国淋巴瘤的确诊发病率为 7.04 / 10 万，死亡率为 3.62/10 万^[1]。淋巴瘤病理类型复杂，可分为霍奇金（Hodgkin lymphoma, HL）和非霍奇金淋巴瘤（non-Hodgkin lymphoma, NHL）^[2]，治疗原则各不相同。2009 年《规范常见血液病中医病名建议》中确定“恶核”为淋巴瘤中医学病名^[3]，本病以“痰”为根本病理因素，合并“寒”“虚”“瘀”“毒”而表现出不同的病机及临床证候。

目前中西医结合防治淋巴瘤方案众多，但未形成共识。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在文献回顾和专家咨询的基础上，结合《恶性淋巴瘤中医临床路径与诊疗方案（2018 年版）》^[4]《2016 WHO 淋巴系统肿瘤分型修订》^[2]《2019 美国国立综合癌症网络（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）指南》^[5,6]以及本病近年来研究进展，经过多次讨论制定本共识。

1 西医诊断及临床评估

1.1 诊断 根据组织及细胞形态学特点，结合免疫组化，以明确诊断。

1.2 实验室检查 包括：三大常规、生化、血型、凝血检查、 β_2 微球蛋白、肝炎类、病毒类、红细胞沉降率、乳酸脱氢酶、EB 病毒脱氧核糖核酸（Epstein-Barr virus deoxyribonucleic acid, EBV-DNA）、巨细胞病毒脱氧核糖核酸（cytomegalovirus deoxyribonucleic acid, CMV-DNA）、肿瘤类；对于胃边缘区淋巴瘤应检测幽门螺旋杆菌；骨髓常规及活检；易侵犯中枢类型淋巴瘤应检测脑脊液常规、生化及细胞形态学。近年来针对病变组织可进行荧光原位杂交（fluorescence in situ hybridization, FISH）、流式细胞仪分析及二代测序（next-generation sequencing, NGS）等检测。

1.3 影像学及介入检查 （1）超声：可用于浅

表淋巴结及腹部器官检查；（2）CT：淋巴瘤分期、疗效评估、随访的常用检查；（3）MRI：可作为中枢神经系统、骨骼、肌肉等病变部位的首选检查；（4）正电子发射计算机断层显像（positron emission tomography, PET）- CT：除惰性淋巴瘤外的最佳检测病灶方法；（5）胃肠镜：怀疑胃肠道淋巴瘤患者；（6）超声心动图：老年及拟用蒽环类药物患者；（7）肺功能：拟使用博来霉素及某些靶向药物患者。

2 分型及分期

2.1 西医分型 根据 2016 年 WHO 淋巴系统肿瘤分型修订^[2]及 2019 年 NCCN 指南等^[5,6]例举常见分型如下（表 1）。

2.2 西医分期 病理确诊后，应进行全身检查，了解病变程度和范围，从而进行临床分期。分期采用 Ann Arbor 标准（表 2）^[7]；对于适用 PET-CT 的亚型可采用 Lugano 标准^[8]；皮肤淋巴瘤的分期采用欧洲肿瘤内科学会（European Society for Medical Oncology, ESMO）标准^[9]。

2.3 中医分型 依据《规范常见血液病中医病名建议》^[3]《恶性淋巴瘤中医临床路径与诊疗方案（2018 年版）》^[4]以及《中医内科学》^[10]；参考淋巴瘤中医、中西医结合病因病机及证型用药相关文献^[11-16]；辨证分型如下。

寒痰凝滞证^[17,18]：颈项、耳旁、锁骨上、腋下、腹股沟等处肿核，不痛不痒，皮色如常，坚硬如石，兼见面白少华，形寒肢冷，神疲乏力。舌质淡，苔白或腻。脉沉或细。

气郁痰阻证^[17,18]：肿核或胁下痞块，不痛不痒，烦躁易怒，胸腹满闷，两胁胀满，食欲不振，大便不调，舌质红，苔白腻或黄腻。脉弦或弦数。

阴虚痰结证^[19]：肿核或胁下痞块，或伴瘙痒，兼见形体消瘦，进食后易饥饿，潮热汗出，五心烦热，口干咽燥，腰膝酸软，头晕耳鸣，遗精或崩漏。舌质红少津，或红绛，苔少，或无苔。脉细数。

痰瘀毒蕴证^[20]：肿核或胁下痞块，时而疼痛，兼见面色晦黯，形体消瘦，壮热烦渴；或午后潮热，口舌生疮，咽喉肿痛；或腹大如鼓，腹部肿块，皮肤瘀

通讯作者：沈建平，Tel: 0571-86620325, E-mail: sjping88@163.com

DOI: 10. 7661/j. cjm. 20210730.182

表 1 淋巴瘤分型

B 细胞淋巴瘤	非霍奇金淋巴瘤	霍奇金淋巴瘤
B 淋巴母细胞白血病 / 淋巴瘤	T/NK 细胞淋巴瘤	结节性淋巴细胞为主型霍奇金淋巴瘤
慢性淋巴细胞白血病 / 小淋巴细胞淋巴瘤 (CLL/SLL)	T 淋巴母细胞白血病 / 淋巴瘤	经典型霍奇金淋巴瘤
边缘区淋巴瘤 (MZL)	结外 NK/T 细胞淋巴瘤, 鼻型	结节硬化型
脾 B 细胞淋巴瘤 / 白血病	NK 淋巴母细胞白血病 / 淋巴瘤	淋巴细胞为主型
淋巴浆细胞淋巴瘤 / 华氏巨球蛋白血症 (LPL/WM)	成人 T 细胞白血病 / 淋巴瘤	混合细胞型
滤泡淋巴瘤 (FL)	肠道 T 细胞淋巴瘤	淋巴瘤消退型
套细胞淋巴瘤 (MCL)	肝脾 T 细胞淋巴瘤	
弥漫大 B 细胞淋巴瘤 (DLBCL)	皮下脂膜炎样 T 细胞淋巴瘤	
浆母细胞淋巴瘤	蕈样霉菌病 /Sezary 综合征 (MF/SS)	
伯基特淋巴瘤 (BL)	原发皮肤 CD30 ⁺ T 淋巴细胞增殖性疾病	
高级别 B 细胞淋巴瘤 (HGBL)	外周 T 细胞淋巴瘤, 非特指型 (PTCL, NOS)	
介于弥漫大 B 和经典霍奇金的 B 细胞淋巴瘤	血管免疫母 T 细胞淋巴瘤 (AITL)	
富含 T 细胞 / 组织细胞的大 B 细胞淋巴瘤	间变大细胞淋巴瘤, ALK- (ALCL, ALK-)	
AIDS 相关 B 细胞淋巴瘤	间变大细胞淋巴瘤, ALK+ (ALCL, ALK+)	
移植后淋巴增殖性疾病 (PTLD)	乳腺植入相关 T 细胞淋巴瘤	
Castleman 病 (CD)		

注: CLL/SLL: chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma; MZL: marginal zone lymphoma; LPL/WM: lymphoplasmacytic lymphoma/waldenstrom macroglobulinemia; FL: follicular lymphoma; MCL: mantle cell lymphoma; DLBCL: diffuse large B-cell lymphoma; BL: burkitt lymphoma; HGBL: high-grade B-cell lymphoma; PTLD: posttransplant lymphoproliferative disorders; CD: Castleman's disease, MF/SS: mycosis fungoides /sezary syndrome; PTCL: peripheral t-cell lymphoma; NOS: not otherwise specified; AITL: angioimmunoblastic T-cell lymphoma; ALCL: anaplastic large-cell lymphoma; ALK: anaplastic lymphoma kinase; HGBL: high grade B cell lymphoma

表 2 Ann Arbor 分期

分期	侵犯范围
I 期	侵及单个淋巴结区或淋巴样组织 (I) 或一个结外部位 (I _E)
II 期	侵及横膈一侧的 2 个或 2 个以上淋巴结区域 (II) 或局限性的结外器官或部位 (II _E)
III 期	侵及横膈两侧的淋巴结区或结外淋巴组织 (III) 或局限性的结外器官或部位 (III _E) 或脾脏 (III _S)
IV 期	淋巴结以外器官的弥漫性受侵

注: E 为局限性孤立的结外病变, 肝和骨髓受侵除外 (归入 IV 期); S 为脾脏

斑, 尿赤便结; 或有黑便。舌质暗或红绛, 或有瘀斑; 苔黄腻, 或黑苔。脉涩或数。

正虚邪恋证^[21]: 多处肿核已消, 或消及大半, 质硬不甚, 不痛不痒。面色无华, 消瘦脱形, 语音低微, 乏力倦怠, 心悸气短, 头晕目眩, 恶风, 自汗或盗汗, 虚烦不眠。舌质淡或暗, 苔少或滑。脉弱或细。

3 治疗 流程参照下图 (图 1)。

3.1 西医治疗 参照 NCCN 的淋巴瘤治疗指南^[5,6]。

(1) 化疗: 根据不同病理类型选择相应的化疗方案; 复发或耐药者应选择二线方案、细胞免疫治疗或

造血干细胞移植治疗。

(2) 放疗: 对霍奇金淋巴瘤、巨块型侵袭性淋巴瘤化疗前或部分缓解后、早期局部黏膜相关淋巴瘤、结外 NK/T 细胞淋巴瘤 (鼻型) 等特定类型患者可进行受累野放疗。

(3) 造血干细胞移植: 高危患者可在降低肿瘤负荷后行自体造血干细胞移植进行巩固; 复发难治患者可行异基因造血干细胞移植进行挽救。

(4) 嵌合抗原受体 T 细胞 (chimeric antigen receptor T-Cell, CAR-T) 免疫治疗: 对复发难治患者可单用或桥接造血干细胞移植治疗。

(5) 靶向药物: CD20 单抗、B 细胞受体通路抑制剂、组蛋白去乙酰化酶制剂、Bcl-2 抑制剂、PD-1/PD-L1 抑制剂等。

(6) 临床试验: 不适合移植或移植后复发者可参加临床试验。

3.2 中医分型论治 主要针对未进行西医治疗或西医治疗间歇的患者, 具体包括: (1) 惰性淋巴瘤确诊后不治疗仅观察等待的患者; (2) 处于放化疗间歇期的患者; (3) 放化疗标准疗程全部结束之后的患者; (4) 不适合放化疗或西医治疗的患者。辨证分型及治法方药推荐如下。

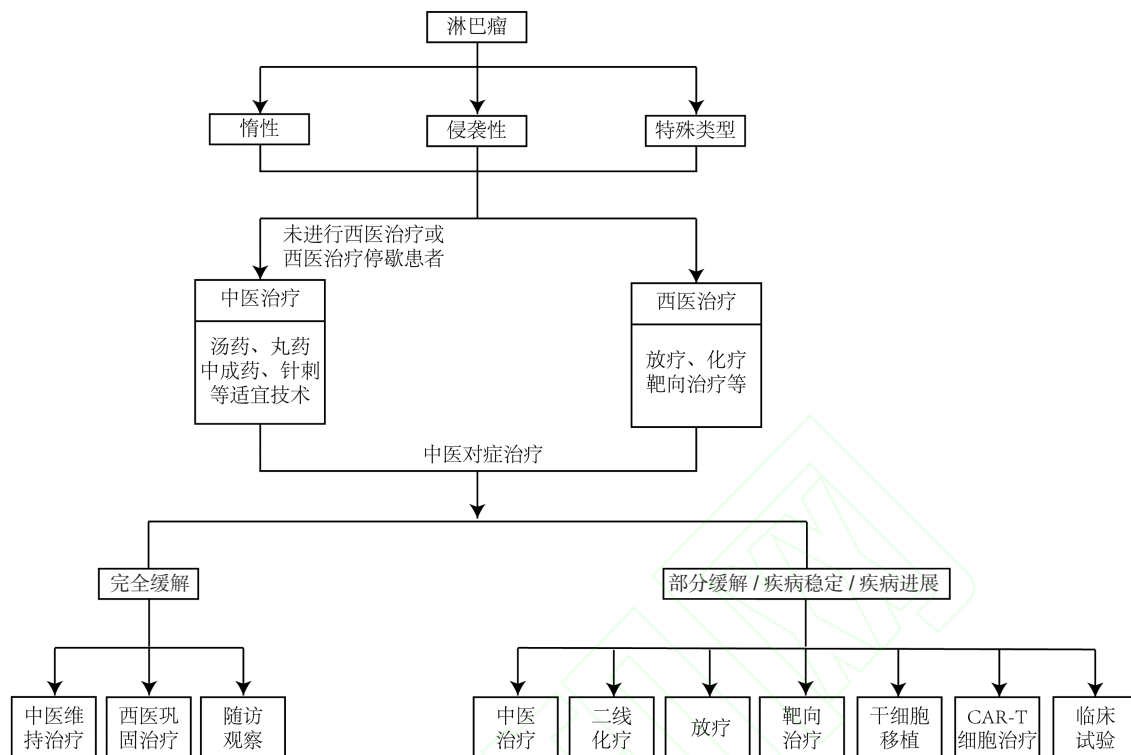


图1 淋巴瘤中西医结合治疗流程

3.2.1 寒痰凝滞证 治法:散寒解毒,化痰散结。

推荐方药:阳和汤加减^[18,22,23]。组方:熟地 30 g 白芥子 6 g 肉桂 3 g 麻黄 2 g 姜炭 2 g 鹿角胶 9 g 生甘草 3 g。

中成药:可选择小金丹^[12,21,22,24]。

3.2.2 气郁痰阻证 治法:疏肝解郁,化痰散结。

推荐方药:柴胡疏肝散^[17,18,25]加减。组方:柴胡 6 g 陈皮 6 g 川芎 4.5 g 香附 4.5 g 枳壳 4.5 g 白芍 4.5 g 甘草 1.5 g。

中成药:可选择柴胡疏肝丸^[26]。

3.2.3 阴虚痰结证 治法:滋补肝肾,化痰散结。

推荐方药:大补阴丸^[20]合消瘰丸^[18,20,27,28]加减。组方:熟地 180 g 知母 120 g 黄柏 120 g 龟板 180 g 浙贝 120 g 玄参 120 g 煅牡蛎 120 g。

中成药亦选择相同药物。

3.2.4 痰瘀毒蕴证 治法:逐瘀解毒,化痰散结。

推荐方药:升降散加减^[29]。组方:白僵蚕 6 g 蝉蜕 3 g 大黄 12 g 姜黄 9 g 赤芍 9 g 丹皮 9 g 玄参 9 g 生牡蛎 30 g 浙贝 6 g。

中成药:可选择二陈丸联合西黄丸^[30-32]。

3.2.5 正虚邪恋证 治法:扶正托毒,调和营卫。

推荐方药:八珍汤加减^[19,33,34]。组方:熟地 9 g 当归 9 g 党参 9 g 茯苓 9 g 白术 9 g 甘草 9 g 白芍 9 g 川芎 9 g。

中成药:可选择八珍丸或参芪扶正注射液^[35-37]。

3.3 中医对症治疗 本病的伴随症状,如皮肤瘙痒、盗汗等,与肿瘤细胞的大量增殖有关^[38];胃肠道反应及便秘等为常见的放化疗反应^[39];带状疱疹、口腔溃疡与放化疗后免疫功能低下、黏膜细胞代谢障碍有关;周围神经病变为蛋白酶体抑制剂等特殊毒性^[40],部分症状西医缺乏对应治疗而中医有较好疗效^[41]。

(1) 皮肤瘙痒:热毒郁表证用麻黄连翘赤小豆汤;风热里实证用防风通圣散;血虚生风证用消风散^[42]。

(2) 多汗:气虚不固证用玉屏风散^[43];气阴两虚证用生脉散;阴虚火旺证用当归六黄汤^[44];营卫不调证用桂枝汤^[45]。

(3) 周围神经病变:气虚血瘀证用黄芪桂枝五物汤^[46];肝气瘀滞证用柴胡桂枝汤^[47];寒湿阻滞证用薏苡仁汤^[48]。

(4) 胃肠道反应:胃气不降证用旋覆代赭汤^[49];脾胃不和证用香砂六君子汤^[50];中焦虚寒证用理中汤^[51];肝气郁滞证用柴平汤^[52]。

(5) 便秘:肠胃积热证用麻子仁丸^[53];气机郁滞证用六磨饮子^[54];脾肺气虚证用补中益气汤^[55];阴寒积滞证用大黄附子汤^[56];阴血亏虚证用益血润肠丸^[57]。

(6) 重度骨髓抑制:当归补血汤^[58],酌情加用黄精、阿胶、龟板等。

表 3 淋巴瘤证候要素积分系统

指标	分级积分			
	无	轻度	中度	重度
疼痛	0 分: 无体征	1 分: 轻	2 分: 介于轻、重之间	3 分: 重
乏力	0 分: 无症状	1 分: 轻度乏力	2 分: 介于轻、重之间	3 分: 严重乏力、卧床
盗汗	0 分: 无症状	1 分: 偶有盗汗	2 分: 介于轻、重之间	3 分: 夜卧汗多或自汗
发热	0 分: 无症状	1 分: 自觉热、体温正常	2 分: 介于轻、重之间	3 分: 体温高于 38.5 ℃
皮肤瘙痒	0 分: 无体征	1 分: 轻	2 分: 介于轻、重之间	3 分: 重

(7) 带状疱疹: 外用炉甘石与紫金锭、黄连膏、新癬片、六神丸等^[59]; 外治可予刺络拔罐法、疱疹局部围刺法、华佗夹脊穴针刺法、梅花针疗法、火针疗法等^[60]。

(8) 口腔溃疡: 外用口腔溃疡散、锡类散、康复新液、六神丸等^[61,62]。

4 疗效评价

4.1 西医疗效评价标准 参照 2014 年 Lugano 疗效评价标准^[8,63], 根据淋巴结、结外侵犯、骨髓、CT、PET-CT 分为完全缓解、部分缓解、疾病稳定、疾病进展 4 类。原发中枢神经系统淋巴瘤参照 PCNSL 国际协作组疗效评价标准^[64]。

4.2 中医证候评价标准 (表 3) 参照《中药新药临床研究指导原则》^[65], 采用尼莫地平法评价淋巴瘤症状与体征分级与积分, 计算公式: $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。临床痊愈: 中医临床症状、体征完全消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 70%~95%。有效: 中医临床症状、体征均有好转, 证候积分减少 30%~70%。无效: 中医临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少 $<30\%$ 。

5 结语 淋巴瘤已成为发病率最高的血液系统恶性肿瘤, 西医以免疫化学疗法联合靶向药物使本病的治疗迈入了新时代, 中医药则以天然的免疫调节优势以及降低毒副反应获得青睐。如何将两者有机结合进而发挥更大效能, 一直是本专委会成立的初衷以及努力的方向。结合国内外最新指南、共识, 同时查阅国内外淋巴瘤治疗相关文献尤其是中医文献, 专委会经过多轮讨论形成此共识。希望在西医治疗的基础上, 充分体现中医治疗的个体化、精准化, 彰显中西医结合的治疗优势。同时在规范治疗的基础上, 形成高级别的循证学依据, 不断优化中西医结合的治疗策略, 提高本病的临床诊疗疗效。

利益冲突: 无。

执笔人: 张宇 (浙江省中医院)

中西医结合专家 (以下按姓氏笔画排序): 陈健一 (江苏省中医院), 沈建平 (浙江省中医院), 周延峰 (山东中医药大学附属医院), 胡晓梅 (中国中医科学院西苑医院)

西医学专家: 刘海生 (河北省肿瘤医院), 周剑锋 (华中科技大学附属同济医院), 钱文斌 (浙江大学附属第二医院)

中医学专家: 段赟 (甘肃省肿瘤医院), 刘松山 (成都中医药大学附属医院), 吴洁 (中国中医科学院广安门医院), 胡琦 (上海市中医医院), 夏小军 (甘肃省肿瘤医院)

参 考 文 献

[1] 郑荣寿, 孙可欣, 张思维, 等. 2015 年中国恶性肿瘤流行情况分析 [J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 41 (1): 19-28.

[2] Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the World Health Organization (WHO) classification of lymphoid neoplasms [J]. Blood, 2016, 127 (20): 2375-2390.

[3] 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.

[4] 95 个中医优势病种的中医临床路径和中医诊疗方案 (2018 年版) [EB/OL]. [2020-06-30]. <http://www.cacm.org.cn/zhzyyx/tzgg/lanmutzgg.shtml>.

[5] Zelenetz AD, Gordon LI, Abramson JS, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): B-cell lymphomas (Version 1.2019) [EB/OL]. [2020-06-30]. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1480>.

[6] Horwitz SM, Ansell SM, Ai WZ, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): T-cell lymphomas (Version 1.2019) [EB/OL]. [2020-06-30]. <https://www.nccn.org/>

- guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1483.
- [7] Olweny CL. Cotswolds modification of the Ann Arbor staging system for Hodgkin's disease[J]. J Clin Oncol, 1990, 8 (9): 1598.
 - [8] Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin lymphoma: The Lugano classification[J]. J Clin Oncol, 2014, 32 (27): 3059-3068.
 - [9] Specht L. Primary cutaneous lymphomas: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up[J]. Ann Oncol, 2013, 24 (suppl5): 149-154.
 - [10] 张伯礼主编. 中医内科学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 162-163.
 - [11] 周岱翰主编. 中医肿瘤学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 430-433.
 - [12] 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.
 - [13] 匡唐洪, 汪静, 刘云霞, 等. 中药复方联合化疗治疗恶性淋巴瘤的用药频数分析 [J]. 中国中医药科技, 2016, 23 (2): 246-247.
 - [14] 许亚梅, 贾玫, 张雅月, 等. 恶性淋巴瘤 (石疽) 常见证候要素及中医证型初探 [J]. 北京中医药, 2012, 31 (10): 727-729.
 - [15] 夏小军, 段赟. 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.
 - [16] 张宇, 钱丽丽, 许晓娜, 等. 解毒消瘰方佐治非霍奇金淋巴瘤疗效观察 [J]. 浙江中医杂志, 2018, 53 (6): 421-422.
 - [17] 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.
 - [18] 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.
 - [19] 罗秀素, 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]. 江西中医药, 1998, 29 (3): 44-45.
 - [20] 董茂芝, 韩雪华. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤 105 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30 (2): 135.
 - [21] 高兰平, 高国俊. 中西医结合治疗淋巴瘤 247 例的临床分析 [J]. 中国药业, 2010, 19 (24): 66-67.
 - [22] 王维德主编. 外科证治全生集 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 31-32.
 - [23] 卢霞, 刘凯. 阳和汤联合化疗治疗惰性淋巴瘤 30 例疗效观察 [J]. 湖南中医杂志, 2016, 32 (5): 62-64.
 - [24] 关静娴, 关绍光. 导痰汤加味合金小丹治疗非霍奇金淋巴瘤验案 1 则 [J]. 新中医, 2012, 44 (4): 167.
 - [25] 杨冬花, 李家邦, 郑爱华, 等. 肝气郁结证患者 T 细胞免疫功能的改变及柴胡疏肝散的治疗作用 [J]. 陕西中医, 2006, 27 (3): 374-375.
 - [26] 樊碧发, 侯丽, 贾立群, 等. 癌痛规范化治疗中成药合理使用专家共识 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2021, 27 (1): 9-17.
 - [27] 田艳松, 储真真. 储真真二期七型辨治恶性淋巴瘤经验 [J]. 中华中医药杂志, 2016, 31 (11): 4578-4580.
 - [28] 刘群英, 张博, 李海燕, 等. 消瘰丸治疗淋巴瘤基于 PD-1/PD-L1 信号通路的机制研究 [J]. 天津中医药, 2018, 35 (5): 370-375.
 - [29] 罗毅. 胃 MALT 淋巴瘤的中西医结合治疗策略探讨 [J]. 新中医, 2013, 45 (8): 134-136.
 - [30] 董旭辉. 西黄丸联合 CHOP 方案治疗 B 细胞非霍奇金淋巴瘤临床疗效 [J]. 中医药临床杂志, 2018, 30 (8): 1492-1494.
 - [31] 王留晏, 李皓帆, 俎青, 等. 西黄丸配合 CHOP 化疗方案治疗非霍奇金淋巴瘤 60 例 [J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36 (4): 313-315.
 - [32] Guo Q, Lin J, Liu R, et al. Review on the applications and molecular mechanisms of Xihuang Pill in tumor treatment[J]. Evid-Based Complement Alternat Med, 2015, (854307): 1-10.
 - [33] 刘现辉, 郭晓娜, 程志, 等. 中西医结合治疗血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤合并自身免疫性溶血及纯红细胞再生障碍性贫血临床观察 [J]. 中医学报, 2011, 26 (12): 1512-1513.
 - [34] 刘晓霞, 刘红珍, 霍忠超, 等. 中药八珍汤对 TGF- β 1 抑制下人 T 淋巴细胞功能恢复的研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19 (9): 1046-1048.
 - [35] 陈婷. 参芪扶正注射液联合化疗对恶性淋巴瘤患者血常规、免疫功能的影响 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2020, 4 (22): 61-63.
 - [36] 王妙玲, 蒋志明, 吕章春. 参芪扶正注射液联合化疗对弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者造血功能及免疫功能的影响 [J]. 新中医, 2017, 49 (12): 122-125.
 - [37] 简晓顺, 林蔚, 胡义平, 等. 中成药在与化疗联合治疗淋巴瘤中的 Meta 分析 [A]. 中华医学会临床药学分会 2014 年全国学术会议论文汇编 [C]. 2014: 207-208.

- [38] 余正平, 丁家华, 陈宝安, 等. 影响弥漫大 B 细胞淋巴瘤预后的主要危险因素分析 [J]. 中华血液学杂志, 2011, 32 (12): 830-835.
- [39] 于大海, 顾大中. 成年人早期霍奇金淋巴瘤的治疗并发症 [J]. 白血病淋巴瘤, 2007, 16 (3): 201-203.
- [40] 石远凯, 孙燕, 刘彤华. 中国恶性淋巴瘤诊疗规范 (2015 年版) [J]. 中华肿瘤杂志, 2015, 37 (2): 148-151.
- [41] 冯永嘉. 中药联合化疗治疗恶性淋巴瘤的 Meta 分析 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [42] 梁秀宇, 关洪全. 消风散对 IV 型变态反应中白细胞介素 10 的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2007, 13 (2): 70-71.
- [43] 袁志平, 邹才华, 杜小波, 等. 中西医结合治疗肿瘤化疗后自汗盗汗 96 例 [J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25 (10): 950.
- [44] 张爱琴, 孙在典. 当归六黄汤治疗恶性淋巴瘤伴发盗汗 60 例 [J]. 新中医, 2001, 23 (6): 59.
- [45] 杨勤建, 孙桂鸿. 桂枝汤加味治疗小儿肿瘤化疗后发热 [J]. 湖北中医杂志, 1999, 21 (11): 519.
- [46] 寿越敏, 史亦谦. 史亦谦运用黄芪桂枝五物汤经验举隅 [J]. 浙江中医杂志, 2010, 45 (2): 92-93.
- [47] 陆蓉芳, 韩江琼, 黄杰, 等. 柴胡桂枝汤加味辅助治疗中晚期癌症患者 310 例 [J]. 云南中医中药杂志, 2010, 31 (12): 39-39.
- [48] 李梅, 姜欣, 孙宏伟, 等. 中药薏苡仁汤加味对小鼠大强度运动后免疫功能的影响 [J]. 辽宁中医学院学报, 2006, 8 (2): 116-117.
- [49] 蔡昂, 向国辉, 杨全伟. 张德忠运用旋覆代赭汤加减治疗上消化道肿瘤经验 [J]. 中医肿瘤学杂志, 2020, 2 (5): 63-66.
- [50] 蔡焦生, 张爱萍, 宫临征. 加味香砂六君子汤治疗恶性肿瘤化疗后胃肠道反应 [J]. 中国民间疗法, 2010, 18 (10): 44-45.
- [51] 陈弼沧, 吴秋英, 蔡月虹, 等. 寒湿内蕴证辨治初探 [J]. 国医论坛, 2020, 35 (5): 12-15.
- [52] 张锦, 凌子恒. 柴平汤治疗痰热炽盛型传染性单核细胞增多症临床观察 [J]. 四川中医, 2018, 36 (12): 69-72.
- [53] 李镇宜. 麻子仁丸加味治疗老年功能性便秘的临床观察 [J]. 北方药学, 2020, 17 (7): 116-117.
- [54] 李向波, 汶明琦, 杨小丽, 等. 六君子汤合五磨饮子加减治疗功能性消化不良 79 例 [J]. 国医论坛, 2009, 24 (4): 25.
- [55] 张树霞, 张存彦. 补中益气汤在治疗癌症中的应用 [J]. 内蒙古中医药, 2013, 32 (11): 9-10.
- [56] 王海, 刘月姮, 杨立平, 等. 大黄附子汤加减治疗老年脾气虚弱型便秘的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47 (2): 124-126.
- [57] 王成. 益气润肠丸治疗慢传输型便秘 (虚证) 的临床疗效研究 [D]. 郑州: 河南中医药大学, 2014.
- [58] 秦臻, 黄水清, 韦正新. 当归补血汤对循环内皮祖细胞功能及 Bcl-2 表达的影响. 北京中医药大学学报, 2014, 37 (6): 382-386.
- [59] 许伟, 白明, 苗明三. 基于数据挖掘探讨中药外用治疗带状疱疹用药规律 [J]. 世界中医药, 2020, 15 (3): 373-376.
- [60] 刘志勇, 李伟凡, 邓丙戌, 等. 中医对带状疱疹外治法的认识 [J]. 现代中医临床, 2017, 24 (6): 57-60.
- [61] 沈洪, 朱磊, 谷静. 口腔溃疡的中医辨治 [J]. 南京中医药大学学报, 2015, 31 (3): 218-219, 230.
- [62] 叶津津, 林胜友. 放化疗性口腔溃疡的中医治疗进展 [J]. 陕西中医学院学报, 2010, 33 (5): 108-110.
- [63] Barrington SF, Mikhaeel NG, Kostakoglu L, et al. Role of imaging in the staging and response assessment of lymphoma: Consensus of the International Conference on Malignant Lymphomas Imaging Working Group [J]. J Clin Oncol, 2014, 32 (27): 3048-3058.
- [64] Abrey LE, Batchelor TT, Ferreri AJM, et al. Report of an International Workshop to standardize baseline evaluation and response criteria for primary CNS lymphoma [J]. J Clin Oncol, 2005, 23 (22): 5034-5043.
- [65] 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-134.

(收稿: 2020-08-12 修回: 2021-06-19)

责任编辑: 赵芳芳