

基于“补土”理论辨治肝癌临证思路

汤凤兰¹ 胡薇薇¹ 李柳宁²

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广东省中医院, 广东广州 510120)

摘要 肝癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,其病位在肝,因木赖土以培之,故考虑其病机在脾。肝癌之本为脾虚,以肝郁、血瘀、湿热为标。在治疗上,应重视“补土”。当出现癌前病变时,应未病先防,重视实脾。已发生肝癌,则应既病防变,在顾护脾土的基础上,早期辅以疏肝理气,中期兼顾活血祛瘀、清热利湿,晚期重视益气养阴。临证以自拟方“健脾消积方”治疗,并根据肝癌分期辨证加减,临床获效满意。附验案1则以佐证。

关键词 肝癌;脾;健脾消积;分期治疗;中医药疗法

基金项目 国家科技部重点研发计划(2018YFC1704102)

原发性肝癌(以下简称肝癌)是我国最常见的恶性肿瘤之一,据2020年数据显示,我国肝癌发病率位居全球之首,死亡率位居我国恶性肿瘤的第2位^[1]。肝癌发病率与乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)感染率呈显著相关性,非酒精性脂肪性肝病、黄曲霉毒素B1暴露等也是肝癌的主要致病因素^[2]。肝癌发病隐匿,进展迅速,早期肝癌可采用手术切除或肝移植等根治手段,而对于大部分初诊为中晚期,无法进行根治性治疗的患者,现代临床实践中多采用局部微创介入、分子靶向药、免疫治疗、放化疗等综合治疗,但此类治疗不良反应多,复发率高,5年生存率低于15%,预后较差^[3-5]。对于无外科手术机会的患者,多学科综合治疗显得尤为重要。

中医学认为脾土性静,必借木气以疏之,肝气正常的条达可助脾之运化,故云土得木而达;脾气正常运化则气血生化有源,肝气可疏,肝有所藏,故云木赖土以培之。肝脾同居于中焦,共调气机升降、血之生藏。基于此,李柳宁老师提出肝癌病位在肝,病机在脾,可从“补土”论治,以丰富肝癌之临床辨治思路,现分析如下。

1 肝癌之基本病机——脾虚为本

肝癌可归属于中医学“肝积”“积聚”“鼓胀”“黄疸”等范畴,《脾胃论·脾胃盛衰论》^[6]提出:“百病皆由脾胃衰而生也”,《景岳全书·积聚》^[7]记载:“……洁古云:壮人无积,虚人则有之,脾胃怯弱,气血两衰,四时有感,皆能成积。”肝癌外因责之饮食不节、感受湿热疫毒,内因责之正气亏虚,内外因互为因果,相互关联。肝癌虽病位在肝,却与脾土密切相

关,脾胃为后天之本,更为气机升降之枢纽,土虚始终作为基本证候存在于肝癌长期的发生发展过程中,故本文提出肝癌之本证责之脾虚,标证责之肝郁、血瘀、湿热。

1.1 脾虚与肝郁 肝癌病机离不开肝木疏泄不利,即肝气郁结,但肝郁之本应责之脾虚。因肝木之郁,原因有二:一为土虚不能升木,肝为木气,依赖脾土之滋养,脾虚运化不足致肝胆疏泄不利;二为血少不能养肝,肝体阴而用阳,脾土虚损,气血生化乏源,致肝血不足,肝不滋而枯。木土相克,肝木疏泄不利亦可影响脾之运化不足,二者相反相成。肝气疏泄失常,肝郁脾虚日久,脏腑气机失调,致气血瘀滞,积聚成块,终成肝癌。

1.2 脾虚与血瘀 《奇效良方·积聚门》^[8]提出:“……气上逆,则六输不通,温气不行,凝血蕴里不散,津液凝涩渗着而不去,而成积矣”,指出血瘀可形成积聚。脾为气血生化之源,气为血之帅,血液正常运行依赖于气之正常推动,脾气虚则无力行血,血行缓慢,停滞生瘀;肝体阴而用阳,脾虚致肝郁,肝木升发失于调达,气滞不行则血运不畅,可致血瘀,气滞不消,其瘀尤甚。《素问·举痛论》提出:“血气稽留不得行,故宿昔而成积矣”,可见血瘀是肝癌发生的病机之一,而脾虚与血瘀互相影响,其本为脾气虚导致血瘀。

1.3 脾虚与湿热 大量研究证明,肝癌发生与HBV感染有密切关系,王书杰等^[9]提出HBV当属湿热毒邪,实验研究表明HBV复制活跃度与湿热毒邪之程度呈正相关。《素问·至真要大论》云:“诸湿肿满,皆属于脾”,土主湿,同气相求,故湿热内蕴,最易直

中脾土,土壅运化不利,热毒反之灼伤津液,炼液成痰,痰湿内生,湿热痰浊内蕴于肝胆,积而生变,发为肝癌,后以放、化疗等手段灼伤津液,湿热毒邪进而内生,郁久伤脾,主要矛盾已由湿热邪实转化为脾土亏虚。

2 肝癌之治疗原则——补土治本

肝癌首辨未病与既病:未病者宜重视脾土,加强健脾扶正之效,联合活血散结之品祛实以防传变;既病者以补土消积为原则贯穿整个治疗过程,补益脾土以治本,消气滞、血瘀、湿热等邪实积滞以治标,并以李师自拟健脾消积方为基础方,临证加减辨治早、中、晚期肝癌。

2.1 未病先防,重视脾土 治未病的思想首见于《素问·刺热》,其提出:“肝热病者,左颊先赤……病虽未发,见赤色者刺之,名曰治未病。”治未病的首要原则为未病先防,表现在通过增强正气以防止外邪侵入人体而达到预防肿瘤之目的,而在欲病之时,更要防止重疾发生,特指发现癌前病变时需及时干预^[10]。西医所称之肝癌癌前病变通常指的是各种慢性肝炎及乙型肝炎后肝硬化等,这类癌前病变多归属于中医学“肝积”“鼓胀”“黄疸”等范畴,《难经·五十六难》^[11]中提道:“五脏之积,各有名乎?以何月、何日得之?然:肝之积,名曰肥气,在左胁下,如覆杯,有头足。”中医学认为邪气侵袭,先伤及脾土中焦,日久运化失职,水湿内生,上犯于肺,下伤及肾阳,致水道不通,水湿不化,加重痰饮生成,日久可形成鼓胀^[12],土壅木郁,肝失疏泄,胆汁不循常道,外溢于肌肤,上注眼目,下流膀胱,而见黄疸。张仲景更是提出:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,“实脾,则肝自愈”。故防治癌前病变向肝癌进展需重视脾土,我国超过80%的肝癌由HBV感染致乙型肝炎肝硬化发展而来^[13],针对这类病人,临证可在健脾的基础上再辨证使用清热化湿、理气活血类中药以延缓肝癌的发生,方选香砂六君子汤为基础,疗效显著。对于鼓胀者,可酌加苍术、薏苡仁等健脾利湿之品以实脾;对于黄疸者,可酌加茵陈、溪黄草等清利湿热之品以祛湿退黄。

2.2 既病防变,顾护脾土 基于补土原则,李柳宁老师自拟健脾消积方,并分期辨证化裁,治疗肝癌获效满意。健脾消积方基本方药物组成:柴胡15g、白花蛇舌草20g、预知子15g、党参20g、生黄芪30g、土鳖虫15g、醋鳖甲15g、炒薏苡仁15g、陈皮5g、生甘草10g。方中黄芪甘温补气升阳以实表,党参甘温补气健脾以补中,二者表里相合,相互为用,共奏扶正补气之效,共为君药。柴胡疏肝胆经之郁滞;白花蛇

舌草、预知子具有抗癌作用,二药相合活血散结、清热解毒;柴胡主清气分热,善升清阳,白花蛇舌草兼善利肝胆湿热,二者相合清利肝胆;柴胡与预知子相合疏肝解郁;柴胡、白花蛇舌草、预知子三药相合可调畅肝胆气机、清利肝胆湿热、清解肝胆热毒,共为臣药。土鳖虫、醋鳖甲善走窜,凡气血凝聚之处皆能开之,活血力强,可清热解毒、破血逐瘀,醋鳖甲兼能滋阴潜阳,二者均归肝经,共奏活血散结、消肿止痛之效,为佐药。薏苡仁性凉可健脾利湿兼能除痹、解毒散结,陈皮苦温健脾燥湿,兼芳香理气宽中,二者共奏健脾利湿之效,生甘草性缓和,兼具缓中及调和诸药等功效,三者共为使药。方中以健脾益胃扶正为主要原则,配合调畅气机、健脾利湿、清热解毒、活血化瘀等治法以消邪实积滞为目标。临床根据肝癌分期不同,据证加减。

2.2.1 肝癌早期,肝郁脾虚——治以疏肝理气,健脾消积 《医宗必读·积聚》^[14]云:“积之成也,正气不足,而后邪气踞之。”对于肝癌早期,手术切除是首要选择,术后通过中药调理以抗肿瘤局部复发是其目标。在肝癌早期,病在气分,病机以肝郁脾虚为主,其中以肝郁气滞为主要病机。肝癌早期进展缓慢,临床常表现为肝脾同病证候,如乏力,善太息,纳差,面色萎黄,腹胀,口苦口干,消瘦,舌淡胖、苔白微腻,脉弦细等。脾虚与肝郁互为因果:若肝失疏泄或疏泄太过,肝木克脾土,脾胃气机受阻,脾之运化失职,致水湿内停;若脾虚不健,气血生化乏源,则肝藏血不足,其余脏腑亦难以得血液濡养,而肝木亦会横逆乘脾土。治疗以疏肝理气、健脾消积为原则,予自拟健脾消积方加减。肝郁明显者症见胸胁满闷,甚则肝气犯胃见暖气、吞酸、腹胀、纳差等,酌加郁金、延胡索疏肝行气,加鸡内金、山楂、厚朴、麦芽健运脾胃;肝郁日久易扰心神,暗耗心血,症见心烦多梦、心慌惊悸,酌加酸枣仁、柏子仁、丹参养血安神。

2.2.2 肝癌中期,气虚血瘀——治以健脾祛瘀,攻补兼施 《医林改错》^[15]提出:“气无形不能结块,结块者,必有形之血也。”对于肝癌中期,外科手术、放疗、介入化疗栓塞、局部消融等西医治疗仍是主要手段,配合中药以恢复肝肾功能、抗肿瘤局部复发及远处转移是目标。肝癌发展至中期,病在血分,主要病机为气虚血瘀,邪盛与正虚均为主要矛盾。其中邪盛指湿热、痰浊等邪实久积成血瘀,正虚仍以脾气亏虚为主。肝癌中期患者因长期饮酒、HBV感染等因素致湿热伏邪留恋,热毒较甚者,可灼津液为痰浊,湿热、痰浊入血分,形成血瘀,久瘀阻于肝络,败坏形体;虽然大多数肝癌早中期患者已经过如外科切除、

放疗、介入等西医治疗,但病灶仍易复发转移,湿热、痰浊等余邪未尽,加之治疗可衰败脾土,致脾虚运化无力,气虚无力推动血液运行故成血瘀,内有瘀血日久凝聚成癥瘕,气血运行受阻,湿热痰浊不能尽除,再加上脾土亏虚的内在条件,病及血分,血络瘀滞,故肝癌中期不仅易局部复发,也易远处血行转移。此期病机最为复杂,以气虚与血瘀为主证,痰浊、湿热可为兼杂证,临床中肝癌患者常见胁肋刺痛拒按、头痛、身热不扬、舌质暗紫或有瘀斑、舌苔白或黄腻、脉弦涩等表现。治疗以祛邪与扶正兼施为原则,以健脾益气、活血祛瘀为主,清热利湿、化痰祛浊为辅,予自拟健脾消积方化裁。若症见黄疸、腹痛、口苦、小便短赤、大便秘结等,加黄芩、茵陈、龙葵等清热利湿且兼具抗癌作用,并配伍茯苓、白术等健脾之品;血瘀征象重者,症见肌肤甲错、肝区疼痛、口唇瘀紫、舌下脉络粗大等,可配伍莪术、三七等活血化瘀之品以破瘀散结,此后又给予人参、西洋参、红参等大补之品顾护脾胃,标本兼顾。

2.2.3 肝癌晚期,肝脾肾亏虚——治以扶正益气养阴,肝脾肾同治《张氏医通·积聚》^[16]提出:“善治者,当先补虚,使血气壮,积自消也。”对于肝癌晚期患者来说,西医以全身治疗为主,包括化疗、靶向、免疫、靶向联合免疫等治疗或对症支持治疗,配合中药以改善临床症状及提高生活质量、延长生存期为目标。肝癌发展至晚期时,以肝脾肾亏虚为本,气滞、湿热、痰浊、血瘀为标,瘀毒日久更致久滞难去,进一步加重脾气衰败,有胃气则生,无胃气则死,预后极差。肝癌脾虚日久,气血化生不足,肾精不充,而精血同源,肝血亦不充,下劫肾阴,进一步加重肾阴亏虚,水亏木燥,故说病久以肝脾肾皆虚为本,正虚无以抗邪,邪毒走窜,侵袭五脏六腑,发为转移瘤。临床上晚期肝癌患者经长期的靶向、免疫等治疗,正气进一步受损,癌毒弥漫全身,生活质量极差,临床症见纳差、乏力、头晕、视物昏花、低热盗汗、腹胀、腹水、眠差、舌质淡、苔少或无、脉细数等,治疗以扶正益气养阴、肝脾肾同治为主要原则。中药予自拟健脾消积方化裁。肝肾气阴虚者症见汗多、口渴咽干、健忘耳鸣等,加太子参、麦冬、五味子等益气生津,加女贞子、山萸肉、枸杞子、菟丝子等补益肝肾;脾虚明显者症见神疲乏力、面色萎黄、便溏等,加人参、灵芝、白术、山药等益气健脾;肾虚者见腰膝酸软、五心烦热、肢体畏寒等,加淫羊藿、川续断、补骨脂等补肾滋阴壮阳。

3 验案举隅(李柳宁主诊)

梁某,男,73岁。2020年8月17日初诊。

主诉:反复腰痛5月余。2017年患者因腹痛于社区医院查彩超提示肝右前叶上段(S8段)病变,考虑肝癌可能性大,遂于中山大学附属第一医院查CT提示:肝S8段肿块,考虑肝癌,并于2017年6月29日行肝癌切除术,术后病理提示肝细胞癌(HCC),周围肝组织肝纤维化S2期改变,脉管内可见癌栓。同年7月15日行肝动脉化疗栓塞(TACE)术,术后1年内随访CT提示未见肿瘤复发转移。2018年7月24日复查CT提示肝右后叶下段(S6段)结节影,考虑复发灶。遂于2018年7月31日至该院行肝肿瘤微波消融术,同年9月15日复查CT提示:原肝S6段病灶前方、上方包膜下分别见一直径约20 mm×16 mm、11 mm×9 mm肿物,考虑肝内转移。后于2018年9月至2018年11月间共行2次TACE术,后定期复查CT示病灶稳定,未见新发病灶。2020年3月因腰痛查MR提示:T11椎体骨质破坏,考虑转移瘤。于中山大学附属第一医院行T11椎体成形术+肿瘤切除减压术,术后病理符合肝细胞转移瘤。近期患者因反复腰痛5月余于广东省中医院门诊就诊。同期复查胸椎MR提示:T11椎体及附件转移瘤,肿块突入椎管,考虑转移瘤压迫相应层面脊髓。刻下:精神疲倦,乏力,腰痛,腹胀,纳差,眠一般,小便量多,色黄,大便可。舌淡暗、苔黄微腻,脉弦。西医诊断:原发性肝癌(术后复发,ⅣB期);中医诊断:内科癌病(肝脾肾亏虚)。辨证以肝脾肾亏虚为主,兼气虚血瘀夹湿。治疗以肝脾肾同治为原则,扶正健脾益气治本,活血化瘀兼清热祛湿治标。予自拟健脾消积方化裁。处方:

陈皮5 g,炒薏苡仁15 g,续断15 g,鸡血藤30 g,三七片10 g,党参20 g,生黄芪30 g,补骨脂15 g,女贞子15 g,醋鳖甲15 g,土鳖虫15 g,生甘草15 g。7剂。每日1剂,分早晚2次温服。

2020年8月25日二诊:患者精神疲倦、腰痛较前稍好转,但食后腹胀甚,口干口苦,纳较前量多,眠可,二便调,舌暗、苔白腻,脉弦滑。予初诊方加柴胡15 g、炒枳壳15 g、白芍15 g、黄芩15 g,14剂。

2020年9月9日三诊:患者精神可,腰痛好转,偶见头痛,腹胀减轻,口干口苦,纳眠可,二便调,舌淡暗、苔薄白,脉弦。予二诊方去炒枳壳、鸡血藤,加白花蛇舌草20 g、莪术10 g,28剂。后患者头痛、腹胀等症状明显好转,口干口苦等改善。

2021年4月5日四诊:患者于2020年9月14日开始行T11椎体局部放疗,方案为30 Gy/10F,于2020年9月25日顺利完成放疗,并于同年9月15日开始行仑伐替尼靶向治疗(仑伐替尼8 mg/d)且维

持治疗至今。患者服用仑伐替尼治疗期间,出现头晕、恶心,精神尚可,时有头痛,头晕欲呕,无腰痛,纳可,眠欠佳,大便稀烂,舌淡暗、苔黄微腻,脉弦。2020年12月18日复查CT提示:肝癌术后改变,局部未见强化;T11椎体及附件骨转移瘤大致同前。2021年4月3日复查MR提示:肝S6段术后改变,局部未见强化,大致同前;原肝S6段动脉期强化结节现片显示欠清;T11椎体及附件骨转移瘤大致同前。予三诊方加天麻15g、茯苓15g、白术15g、麦芽30g,14剂。服药后患者头痛、头晕、恶心等症状均改善。

后至2022年3月期间多次门诊随访MR提示:T11椎体及附件转移瘤,肿块突入椎管,相应层面脊髓稍受压,范围大致同前。患者门诊随访期间同步寻求中医调理,中药以健脾消积方为基础辨证加减,2022年9月7日门诊复查CT提示:肝S6段稍低密度影,考虑肝癌术后改变,局部未见强化,大致同前;T10-12椎体术后改变,T11椎体及附件骨转移瘤,大致同前,病灶稳定,未见新发病灶。患者现可自行逛街散步,步行至医院复诊,带孙子外出游玩,生活质量较好。

按语:本案患者为老年男性,先天禀赋不足,兼久居岭南潮湿之地,脾不健运,肝郁脾虚,病程日久则肝脾肾亏虚,癌毒内生,发为肝癌。舌淡暗、苔黄微腻,脉弦,辨证属肝脾肾虚,兼气虚血瘀夹湿。初诊症见以疲倦、乏力、腰痛、腹胀为主。患者经多次手术、介入、靶向等现代医学治疗,脾土衰败,肝血不足,下劫肾阴,肝脾肾皆虚,故见乏力、疲倦;痰浊及湿热内生,脾气虚无力运行痰湿,致瘀血形成阻滞气血,实属不通则痛,故可见腰部固定疼痛;脾虚失运,故见纳差、腹胀。治疗以肝脾肾同治为原则,扶正健脾益气治本,活血化瘀兼清热祛湿治标,处方予自拟健脾消积方化裁。方中生黄芪、党参补气健脾扶正;土鳖虫、醋鳖甲清热解郁、破血逐瘀;炒薏苡仁、陈皮健脾利湿;生甘草缓中及调和诸药。肾主骨,加续断、补骨脂、女贞子补益肝肾,通利血脉;加鸡血藤、三七片加强活血化瘀。二诊时疲倦、乏力、腰痛症状改善,但口干口苦明显,提示病机仍以肝脾肾亏虚为主,兼肝郁气滞、肝胆湿热;肝郁气滞横逆犯脾,故见食后腹胀,故予初诊方加柴胡、炒枳壳、白芍以调畅气机;加黄芩清泻肝胆湿热。三诊时症状明显改善,正气尚足,予二诊方去炒枳壳、鸡血藤,加清热解毒、活血力更强并兼有抗癌作用的白花蛇舌草、莪术。后开始行靶向治疗、放疗,四诊时因靶向药副作用出现头晕、恶心就诊,头晕为肝风内动,头痛为瘀血阻

于头窍,恶心为脾滞运化不利,辨证基本同前,予三诊方加天麻平抑肝阳,加麦芽加强疏泄肝气,加白术及茯苓加强健脾祛湿。患者后续坚持门诊复诊,以上症状均较前减轻,影像学复查病灶稳定,未见肿瘤复发转移。该患者初诊为肝癌并骨转移,复发后采用中药联合靶向、放疗等西医治疗持续近3年,可见对于晚期肝癌来说,中医予扶正益气养阴、肝脾肾同治联合西医治疗可增效减毒,改善患者生活质量,为患者带来生存获益。

4 结语

肝癌虽病机复杂多变,但万变不离其宗,脾虚为其基本病机,可兼有肝郁、血瘀、湿热。在治疗方面,临床应以补土消积为原则,补益脾土以治本,消气滞、血瘀、湿热等邪实积滞以治标。未病者治予实脾防传变,既病者根据分期论治:早期配合手术切除,中医予疏肝理气、健脾消积以抗肿瘤局部复发;中期配合放疗、介入、局部消融等西医治疗,中医予健脾祛瘀、攻补兼施以抗肿瘤局部复发及远处转移;晚期配合化疗、靶向、免疫等西医治疗,中医予扶正益气养阴、肝脾肾同治以改善患者临床症状及提高生存质量、延长生存期。临床以健脾消积方为基本方辨证化裁,疗效确切。对于肝癌的治疗,笔者提倡采用中西医结合综合疗法,以延长生存期为目标,让更多患者能耐受西医治疗带来的副作用,进而可接受更高效的治疗方案,以获得更长期且高质量的带瘤生存期。

参考文献

- [1] BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68 (6): 394.
- [2] 鲜林峰, 方乐天, 刘文斌, 等. 原发性肝癌流行现状、主要发病机制及防控策略[J]. 中国癌症防治杂志, 2022, 14 (3): 320.
- [3] 刘晓霓, 李宁. 原发性肝癌中医临床用药荟萃分析[J]. 中国中药杂志, 2012, 37 (9): 1327.
- [4] TABRIZIAN P, JIBARA G, SHRAGER B, et al. Recurrence of hepatocellular cancer after resection[J]. Ann Surg, 2015, 261 (5): 947.
- [5] 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.
- [6] 李杲. 脾胃论[M]. 吴勉学, 校注. 北京: 人民卫生出版社, 1957: 35.
- [7] 张介宾. 景岳全书[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2006: 934.
- [8] 方贤. 奇效良方[M]. 北京: 商务印书馆, 1959: 814.
- [9] 王书杰, 韦艾凌. 肝癌“湿热伏邪”、“癌毒”发病机制及疗法探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33 (2): 266.

基于“阳化气，阴成形”辨治恶性淋巴瘤之思路

韦 慧 季建敏 张 冰 李 峻
(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘 要 基于《黄帝内经》“阳化气，阴成形”理论，恶性淋巴瘤可认为是有形之体，其发生的重要病机可责之“阳化气”不及，“阴成形”太过。因“阳化气”功能不及，气血津液无以温化，导致“阴成形”功能太过，饮聚生痰，痰阻血瘀，痰饮瘀浊毒邪敛聚，痰核始生。据此，恶性淋巴瘤的治疗大法可归纳为温阳化气、化痰活血、抗癌解毒等，验之临床，取效明显。附验案1则以佐证。

关键词 恶性淋巴瘤；温阳化气；化痰活血；抗癌解毒

基金项目 江苏省卫健委科研课题（Z2018004）；江苏省中医药局科技项目（YB201812）；第五批全国中医临床优秀人才研修项目（国中医药人教函〔2022〕1号）；江苏省中医院科技项目（Y22063）；2023年度江苏省研究生科研与实践创新计划项目（SJCX23_0884）

恶性淋巴瘤（lymphoma）是血液系统常见的恶性肿瘤，根据病理可分为非霍奇金淋巴瘤（non-Hodgkin lymphoma, NHL）和霍奇金淋巴瘤（Hodgkin lymphoma, HL）两类。近年来随着分子诊断学的进展，该病的诊疗逐渐进入个体化、精准化时代^[1]。本病可归属于中医学“痰核”“石疽”“积聚”“失荣”等范畴。《灵枢·百病始生》云：“积之始生，得寒乃生”，此处“得寒”有暗指“阳气亏虚”之意。现代专家学者多从正气内虚与气滞、血瘀、痰湿、热毒、癌毒等病理因素角度探讨本病病机及治法^[2-3]。“阳化气，阴成形”出自《素问·阴阳应象大论》，高度概括自然界一切事物及现象运行变化的基本规律。阳躁化气而散，阴静成形而凝，二者交感互藏，互根互用，机体“阳化气”不足致“阴成形”太过，可以导致

癥瘕、积聚等有形之物的形成。本文拟从“阳化气，阴成形”理论出发探讨恶性淋巴瘤之中医病因病机及治则。

1 “阳化气，阴成形”的内涵

《素问·阴阳应象大论》曰：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪”，明确指出阴阳是构成万物的根本总纲，阴阳运动的平衡是机体正常运行的基础。明·张介宾注阳动而散故化气，阴静而凝故成形，对其进一步补充说明。中医学认为阳主动，阴主静，阳气具有温煦、推动、发散的化气作用，阴气具有凉润、抑制、收敛的成形功能^[4]。“阳化气”是在阳气制约下有形阴精化为气推动维持人体脏腑百骸的生理功能，“阴成形”则是在阴气制约下无形之气或精微物质敛聚成为有形阴精的过程^[5]。“阳化气”与“阴

- [10] 王丛礼, 邹华, 汪受传.《黄帝内经》治未病理论的临床指导意义[J].中国中医药现代远程教育, 2023, 21(8): 66.
- [11] 秦越人, 著.难经[M].刘渊, 吴潜智, 编.成都:四川科学技术出版社, 2008: 183.
- [12] 师梦雅, 周爱民.王彦田教授应用补土荣木法治疗肝癌及癌前病变经验探析[J].河北中医药学报, 2016, 31(4): 52.
- [13] 张明媛, 牛俊奇.东方国家原发性肝癌发病趋势及影响因素[J].临床肝胆病杂志, 2018, 34(7): 1399.
- [14] 李中梓, 著.医宗必读[M].唐俊洪, 校注.北京:北京市中国书店, 1987: 70.

- [15] 王清任, 著.医林改错[M].陕西中医研究所革委会《医林改错》三结合评注小组, 编.北京:人民卫生出版社, 1976: 50.
- [16] 张璐, 著.张氏医通[M].上海:上海科学技术出版社, 1963: 68.

第一作者: 汤凤兰(1997—), 女, 硕士研究生在读, 研究方向为中医药防治肿瘤疾病。

通讯作者: 李柳宁, 医学硕士, 主任医师, 硕士研究生导师。liliuning97@126.com

收稿日期: 2023-08-24

编辑: 傅如海