

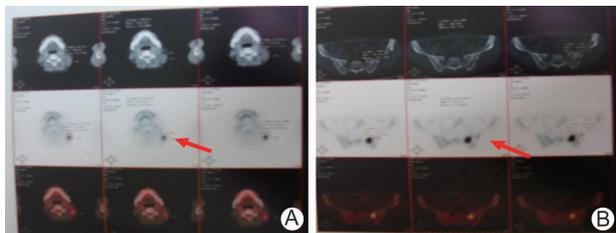
## · 病例报告 ·

## 透脓散为主方治愈霍奇金淋巴瘤 1 例

房良华 刘沈林 王瑞平 胡守友 田永立

霍奇金氏病/淋巴瘤(Hodgkin disease/Hodgkin lymphoma, HD/HL)是一组起源于淋巴结或其他淋巴组织的异质性血液系统恶性肿瘤,作者应用透脓散为主方成功治愈 1 例经化疗、放疗未能达到完全缓解的 IV 期 HD 患者,现报告如下。

**病例介绍** 患者吴某,男,65 岁,退休教师,因“颈部包块 2 月余”收住江苏省中医院肿瘤科。2009 年 10 月 10 日患者无意中发现左侧颈部有一约 10 cm × 8 cm 无痛质硬肿块,未治。于 2009 年 12 月 23 日至上海市中山医院行 ECT 示:左颈淋巴结肿大伴糖代谢异常增强;多处骨骼骨质密度不均伴轻度糖代谢增强。淋巴结穿刺活组织检查示:增生淋巴组织,细胞种类杂,其间散在异型大细胞,并见核分裂像,免疫组化:CD30(+),CD15(-)。后经上海复旦大学附属肿瘤医院会诊确诊为 HD,经典混合细胞型。2009 年 12 月 31 日—2010 年 7 月 5 日在我院行 ABVD(即阿霉素、博来霉素、长春新碱、氮烯咪胺)方案化疗 6 个周期,末次化疗后颈部肿块缩小至 3.0 cm × 3.2 cm。2010 年 7 月 27 日 PET/CT 显示(图 1):(1)左侧颈部淋巴瘤治疗后,FDG 高摄取,提示肿瘤细胞有活性。(2)左侧骶骨局灶性 FDG 高摄取,淋巴瘤浸润。



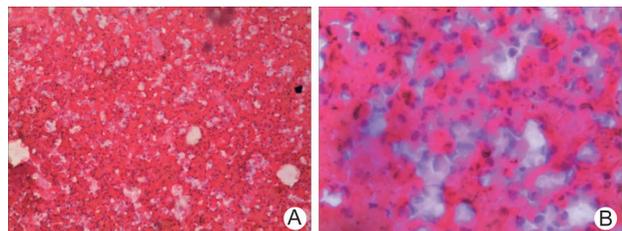
注:箭头处为病灶局部仍可见淋巴结肿大

图 1 全身 PET/CT 图像

2010 年 8 月 3 日—24 日行左颈部放射治疗,总剂量为 Dt40 Gy/20F/28D,治疗后左颈部淋巴结明显缩小至 0.5 cm × 0.5 cm。放疗期间出现 IV 度骨髓抑制,故暂缓骶椎照射。2010 年 9 月 19 日拟行骶椎放疗再

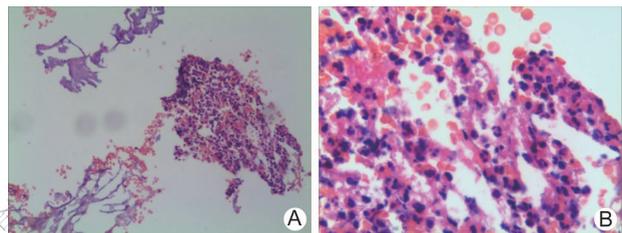
次入院,行颈部、盆腔磁共振示:左颈部淋巴结肿大,右颈部可见小结节状影;下咽右后壁颈部略向腔内隆起;骶骨及左侧髂骨异常信号,结合病史考虑为淋巴瘤浸润;且仍合并有 III 度骨髓抑制无法耐受继续放疗,故放弃放疗及化疗。2010 年 9 月 27 日来我院口服以透脓散为主方的中药煎剂,并随证略有加减。主方为:生黄芪 30 g 当归 10 g 皂角刺 10 g 川芎 10 g 炮山甲 10 g 焦山楂 10 g 焦神曲 10 g 谷芽 10 g 麦芽 10 g 甘草 6 g。炮山甲炒微黄,适量水先煎 20 min,余药物再同煎,沸后再煎 30 min,倒出药液,加适量的水,沸后煎 30 min,倒出药液,并与第 1 次药液混匀,均分 2 份,早晚各 1 次口服。口服至 2012 年 7 月 1 日。

2011 年 3 月中旬(服药后约 5 个月)患者家人无意中发现其后背有一无痛圆形肿块,体检:右上肩胛部见一约 3 cm × 2 cm 肿块,中心质韧,周边软且有红晕,皮温不高,无压痛。外科疑为脓肿,予以切开排脓。切开后取出一灰白色组织及少许渗液,病理显示:灰白色不规则组织,约 2.5 cm × 1 cm × 1 cm,红染蛋白样物伴多量红细胞(图 2),渗液细胞学检查:见异型淋巴细胞(图 3)。期间中药主方未变,随证加用连翘 15 g、



注:A 为红染蛋白样物伴多量红细胞(×100);B 为红染蛋白样物伴多量红细胞(×400)

图 2 右上肩胛部肿块组织病理 (HE 染色)



注:A 为异型淋巴细胞(×100);B 为异型淋巴细胞(×400)

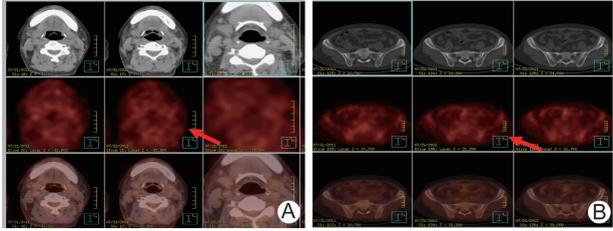
图 3 渗液细胞学检查 (HE 染色)

基金项目:江苏省六大人才高峰资助项目(N0. 2011-WS-049);江苏省高校优势学科资助项目(N0. 012062003010)

作者单位:江苏省中医院肿瘤科(南京 210029)

通讯作者:刘沈林, Tel:13951778559, E-mail:fangziyu76@sina.com

银花 15 g、牛蒡子 15 g、白芷 10 g,2 周后切口愈合。2011 年 8 月复查 PET-CT 未见异常,FDG 高摄取(见图 4)。



注:箭头处为原病灶消失

图 4 PET-CT 图像

### 讨 论

我国 HD 在恶性淋巴瘤中所占比例约 10%,其中混合细胞型 HD 约占所有 HD 的 25~30%,好发于成年男性,最常表现为颈部和腋窝淋巴结肿大,常累及脾脏。ABVD 方案为 HD 一线化疗的标准方案,但初治化疗仍然有 20%~30% 达不到完全缓解(complete remission, CR),改用第二线方案再达 CR 比例低,可能有短期疗效,但少有长期生存,5 年生存率仅为 0~8%。近年新药如:brentuximab vedotin 又称 SGN-35<sup>[1]</sup>, NF- $\kappa$ B 抑制剂硼替佐米<sup>[2]</sup>,雷帕霉素哺乳动物靶点(mammalian target of rapamycin, mTOR)抑制剂依维莫司<sup>[3]</sup>等治疗耐药或复发的何杰金淋巴瘤均显示了较好的疗效,但大部分患者无力支付该类药物昂贵价格。中医药以其独特的治疗视角、良好的治疗效果和低廉的价格备受人们的重视。该 IV 期 HD 患者经化疗、放疗没有达到 CR,后续仅给予以透脓散为主方的中药煎剂口服治疗,1 年后疗效评价达到 CR,现该患者仍然无病生存,此疗效实属惊人,个中原因值得探讨和研究。

HL 属中医学恶核、痰核、石疽、阴痈、失荣等范畴,正气虚弱、痰瘀互结是恶性淋巴瘤的重要发病机制<sup>[4]</sup>。《医宗金鉴》所述石疽为“生于颈项两旁,形如桃李,皮色如常,坚硬如石,初小渐大,难消难溃,既溃难敛,痲顽之症也”。笔者仔细观察分析发现此证候与痈疡有相似之处。《外科正宗》描述:痈疡中期,正气不足,邪盛毒深,或正虚邪陷,以至脓成难溃难腐,脓毒难泄。两者发病机制皆有正气虚弱,临床表现皆有难溃难敛之证。因此笔者设想“石疽、阴痈”是否可归为痈疡范畴,应用治痈剂治之? 同时肿瘤在中医学上归属于“癥瘕”、“积聚”范畴,明·李中梓《医宗必读》云:“积之成也,正气不足,而后邪气踞之”。正气不足是恶性肿瘤形成和发展的根本条件,其每因正气虚弱,

内外合邪,毒瘀留滞而成肿块,导致肿瘤发生。因此肿瘤的治疗不但需要补助正气,托毒消散,尚需养血散瘀,软癌块溃癌膜等综合治疗才能真正使癌破肿消。

透脓散出自明代医家陈实功的《外科正宗》,为著名的外科托法中的治痈剂。主治痈疽诸毒,内脓已成,不穿破者,具有补助正气,托毒消散,软坚溃膜的作用。该方由生黄芪,当归,川芎,皂角刺,炮山甲组成。方中生黄芪益气托毒,鼓动血行,当归和血补血,除积血内塞,川芎活血补血,养新血而破积宿血,畅血中之元气,穿山甲气腥而窜,无微不至,贯彻经络而搜风,并能治癥瘕积聚与周身麻痹,皂角刺搜风化痰引药上行,与穿山甲助黄芪消散穿透,直达病所,软坚溃脓,以达消散脉络中之积,祛除腐之气之功。可见透脓散之组方产生的功效,与上述肿瘤的治疗策略有异曲同工之处。在此理论基础之上,笔者选用以透脓散为主方治疗该淋巴瘤患者,并取得明显疗效,且我们的实验研究也发现透脓散提取物对淋巴瘤 Raji 细胞具有抑制增殖及诱导凋亡的作用<sup>[5]</sup>,因此进一步证明应用透脓散治瘤思路的可行性。

在以透脓散为主方治疗 5 个月后,患者背部出现一肿块,外科疑为皮肤脓肿,但切开后取出的是灰白色不规则组织,渗液细胞学检查是异型淋巴细胞而非中性粒细胞等化脓性细胞。因此笔者思考:此肿块是否为淋巴瘤的瘤组织在透脓散发挥托毒透脓、软坚溃膜之功效后,把其中的“瘤”透出了体外? 复查 PET-CT 显示原淋巴瘤骨转移病灶消失是否也为透脓散之补助正气,托毒消散的功效使体内的癌毒消散于无形呢?

### 参 考 文 献

- [1] Okeley NM, Miyamoto JB, Zhang X, et al. Intracellular activation of SGN-35, a potent anti-CD30 antibody-drug conjugate [J]. Clin Cancer Res, 2010, 16(3): 888-897.
- [2] Di Bella N, Taetle R, Kolibaba K, et al. Results of a phase 2 study of bortezomib in patients with relapsed or refractory indolent lymphoma [J]. Blood, 2010, 115(3): 475-480.
- [3] O'reilly T, McSheehy PM, Wartmann M, et al. Evaluation of the mTOR inhibitor, everolimus, in combination with cytotoxic antitumor agents using human tumor models *in vitro* and *in vivo* [J]. Anticancer Drugs, 2011, 22(1): 58-78.
- [4] 章亚成,沈群,吴莫.恶性淋巴瘤中医证治思路探讨[J].浙江中医杂志, 2010, 45(4): 256-257.
- [5] Fang LH, Wang RP, Hu SY, et al. Tounongsan Extract induces apoptosis in cultured Raji cells [J]. Chin J Integr Med, 2012, 18(7): 522-528.

(收稿:2012-07-06 修回:2013-02-21)