DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.07.011

战丽彬分部位、分阶段辨治罕见恶性肿瘤经验总结

王天娇[1],岳晓青[2],路童[1],朱凌云[1],战丽彬[3]
(1.辽宁中医药大学附属医院,辽宁 沈阳 110032;2.禹城市人民医院,山东 禹城 251200;
3.辽宁中医药大学,辽宁 沈阳 110847)

摘要:战丽彬教授擅治恶性肿瘤,其中不乏罕见恶性肿瘤,针对目前罕见恶性肿瘤存在的标准治疗方案和指南缺乏、诊断难度大、病程长、病机复杂等临床诊疗现状,战丽彬教授提出"分部位、分阶段"的辨证原则及诊疗模式。对战丽彬教授诊治罕见恶性肿瘤疾病的学术思想内涵进行挖掘与介绍,并分享1例经典临床医案,以期对疾病的中医治疗提供思路和参考。

关键词:战丽彬;罕见恶性肿瘤;分部位;分阶段;经验总结
中图分类号:R273 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)07-0049-04

ZHAN Libin's Experience in Differentiating and Treating Rare Malignant Tumors by Segment and Stage

WANG Tianjiao[1], YUE Xiaoqing[2], LU Tong[1], ZHU Lingyun[1], ZHAN Libin[3]
(1. Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning, China;
2. Yucheng People's Hospital, Yucheng 251200, Shandong, China;
3. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China)

Abstract: Professor ZHAN Libin is good at treating malignant tumors, many of which are rare malignant tumors. In view of the current clinical diagnosis and treatment status of rare malignant tumors, such as the lack of standard treatment plans and guidelines, difficult diagnosis, long course of disease and complex pathogenesis, Professor ZHAN Libin has proposed the syndrome differentiation principle and the diagnosis and treatment mode of "segment and stage". This article explored and introduced the connotation of Professor ZHAN Libin's academic thoughts on the diagnosis and treatment of rare malignant tumors, and shared a classic clinical medical case in order to provide ideas and references for the TCM treatment of this disease.

Keywords: ZHAN Libin; rare malignant tumors; by segment; by stages; summary of experience

根据发病率的不同,恶性肿瘤被分为常见恶性肿瘤及罕见恶性肿瘤。欧洲医学肿瘤学会(European Society for Medical Oncology,ESMO)[1]和美国食品药品监督管理局(U.S. Food and Drug Administration,FDA)[2]分别将每年发病率低于15/100 000和6/100 000的恶性肿瘤定义为罕见恶性肿瘤。罕见恶性肿瘤具有发病率极低、临床病例分散不集中的特点,临床医生很难建立疾病的系统认识和诊疗经验,并形成行业共识,造成当前罕见恶性肿瘤的诊断难度大,治疗手段有限,且缺乏标准的治疗方案和指南的现实局面。因此,将中医药诊疗的概念引入罕见恶性肿瘤领域,改善罕见恶性肿瘤患者预后,并尽可能延长其生存质量和生存时间,可能为罕见恶性肿瘤患者提供新的治疗策略。

基金项目:国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药人教函〔2022〕76号);国家中医药管理局国家中医药领军人才岐黄学者支持项目(国中医药人教函〔2022〕6号)

作者简介:王天娇(1986-),女,辽宁锦州人,副主任医师,博士在读,研究方向:中医内科基础与临床应用。
通讯作者:战丽彬(1964-),女,辽宁大连人,教授、主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治老年病临床研究,脾脏象理论及其应用。E-mail:zlblibin2021@163.com。

战丽彬教授(以下简称战教授),岐黄学者,辽宁省名中医,享受国务院政府特殊津贴,江苏省中医药领军人才,第七批全国老中医专家学术经验继承工作指导老师,从事中西医结合临床教学36余年,在治疗恶性肿瘤疾病方面经验丰富,临床疗效显著。笔者有幸跟随战教授侍诊,发现战教授对许多罕见恶性肿瘤有着独到的见解,在罕见恶性肿瘤疾病方面疗效显著。本文旨在深入挖掘战教授诊治罕见恶性肿瘤疾病的学术思想内涵,探索中医药治疗罕见恶性肿瘤的有效手段,并为罕见恶性肿瘤的临床研究奠定一定的中医诊疗基础和提供新的诊疗依据。

1 辨病(证)需"分部位、分阶段"

罕见恶性肿瘤因其发病率极低,临床病例稀少,现代医学对此类恶性肿瘤的理化性质的认识尚不完善,我们无法完全基于现代医学认识指导临床诊断并判断疾病预后。而罕见恶性肿瘤在古代亦实属罕见疾病,中医古籍中"癌症"或"恶性肿瘤"相关记载十分有限,目前可探知的资料记载有"瘤""癌""积聚""癥瘕"等,或者以症状的形式分述于"臌胀""胁痛""噎嗝""虚劳"等病证中[3]。针对此类难以进行明确诊断的罕

见恶性肿瘤，战教授强调万变不离其宗，罕见恶性肿瘤属恶性肿瘤，不可因其发病率低，临床少见而认为辨病无依据，我们要始终坚持中医辨证施治原则，结合临床症状进行辨病、辨证施治，并提出“辨病重视发病部位”“辨证重视发病阶段”的辨病（证）施治法则。

1.1 辨病重视发病部位

1.1.1 *首辨病位* 战教授临证发现许多罕见恶性肿瘤的发病部位都十分特殊，如儿童头颈部罕见恶性肿瘤之唾液腺肿瘤，胰腺罕见恶性肿瘤之胰腺肉瘤，皮肤罕见恶性肿瘤之汗腺癌等，故提出辨病先辨病位。病位是指疾病发生的部位，“司外揣内”，《灵枢·本脏》曰：“视其外应，以知其内脏，知其内脏，则知其所病矣”[4]。战教授指出，辨别病位是辨证论治的重要组成部分，也是脏腑辨证、经络辨证、卫气营血辨证、三焦辨证的基础，尤其在罕见恶性肿瘤的诊治过程中，重视发病部位的辨别，可以更好地了解疾病的脏腑经筋属络、气血阴阳属性，精准把握疾病的临床诊治。

《素问·刺要论篇》曰：“病有在毫毛腠理者，有在皮肤者，有在肌肉者，有在脉者，有在筋者，有在骨者，有在髓者”[4]，可知病位由表及里可分为皮肤－肌肉－血脉－骨髓。《伤寒论》根据脏腑、六经辨证将病位分为表里上下，皮肤肌腠筋脉为表，胸胁为半表半里，胃肠为里[5]。基于此，战教授将发病部位分为表里、内外、上下。如病位在皮肤肌腠者，属表、外，当和卫、健肺脾，使邪从表出；病位在血脉，属表、脉，宜调营和血，治在心、脾、肝；病位在骨髓，治当补肾壮骨、填精益髓；若病位在里，则为腑病，当“以通为用”；若病位在头，头为阳位，易受风邪侵袭，多发阳病，或病在颅脑，治宜从心肾；若病位在下，则需引药下行，或为湿邪侵袭，治从脾肾等。

1.1.2 *次辨阴阳* 战教授指出肿瘤需分阴阳，良性肿瘤“沉静、收敛、不动”，多为“阴”之特征，而恶性肿瘤表现出的“生长快、易转移、消耗快”等特点皆属“阳”之特征，故恶性肿瘤实属“阳偏盛”之病，罕见恶性肿瘤为恶性肿瘤之罕见者，亦属“阳偏盛”。《素问·天元纪大论篇》曰：“动静相召，上下相临，阴阳相错，由变而生也”[4]，战教授认为恶性肿瘤之发病，始于阴阳失衡，当阳偏盛远远超过机体阴阳相互制约的极限时，则成为致病的“毒邪”，即“阳毒”，阳毒耗气灼阴，脏腑迅速虚衰，不仅癌瘤所在脏腑功能衰败，机体其他脏腑组织功能也逐渐衰竭，最终导致患者迅速虚弱，进而死亡[6]。有研究表明自噬是调节机体阴阳平衡的机制[7]，肿瘤细胞自噬的过犹和不及一定程度体现了恶性肿瘤发生发展及转移过程中阴阳消长失衡，细胞自噬不及是癌毒内生的微观基础[8-9]，而癌毒内生的前提即“阳偏盛”[10]。罕见恶性肿瘤疾病的不同阶段，其症状表现出的寒热属性虽呈现动态变化，但其阴阳属性不变，始终为“阳偏盛”，此由癌毒性质决定，且多伴随痰、瘀、气虚、津亏同时存在，故在临证时需病情予以扶正养阴、化痰活血，同时兼顾抗癌解毒，以制其阳。

1.2 辨证重视发病阶段

按照恶性肿瘤的病机演变，初期邪气乘虚侵袭局部，使局部气、血、津液运行受阻；中期痰、火（毒）、血停滞成有形之肿物；晚期邪实正虚，邪愈实，正愈虚[11]。

1.2.1 *初期* 战教授指出正气亏虚是肿瘤产生的前提，恶性肿瘤初期，邪气乘虚侵袭局部，使局部气、血、津液运行受阻，此时有形之邪尚未形成，阳毒（癌毒）未突现，治疗以祛邪为主，扶正为辅，但因恶性肿瘤属“阳偏盛”，阳盛食气，所食之气为一身之气，故治疗上要始终注意抗癌解毒、扶助正气[12]，早期抗癌解毒、扶助正气，可使癌毒消于无形。

1.2.2 *中晚期* 恶性肿瘤中期痰、火（毒）、血停滞成有形之肿物，治疗当以清热解毒、滋阴降火为主，根据停聚之物针对性予以化痰散结、活血通络；晚期邪实正虚，阳盛阴衰甚或阴阳俱衰，治疗当扶正祛邪。

受限于临床资料稀少，罕见恶性肿瘤的临床诊断时基本为中晚期，此阶段病机多为“邪实正虚或虚实夹杂”“阳亢阴虚或阴阳俱虚”，且肿瘤的恶性程度越高，转移走窜越快，阳愈亢，而阳愈亢，愈灼阴津，故阴愈虚，进而发展为“阴阳皆虚”，五脏六腑俱衰，故战教授指出，罕见恶性肿瘤的临证过程中需要十分重视发病阶段及恶性肿瘤的恶性程度，这不仅有利于疾病证候的辨析，亦有利于疾病演变规律的把控。针对恶性程度很高及正处于发展阶段的罕见恶性肿瘤，需郑重要求患者中西医结合治疗，达到有效控制疾病进展的目标。

1.2.3 *术后恢复期* 战教授强调需要根据疾病治疗阶段调整用药侧重点，按照疾病发展阶段，手术切除病灶后，需以中药辅助正气，并以清热解毒、健脾化痰、活血通络等祛邪之法调整体质偏颇，以绝肿瘤转移及复发；然后进行放化疗，放化疗过程中药以扶正为主，并针对胃肠道反应、骨髓抑制等伴随症状，调节胃肠道、扶正治疗，平衡手术、放化疗治疗造成的正气亏损，发挥增效减毒作用；放化疗后中药的目的是“固本培元、扶助正气”，同时扶正祛邪、防治肿瘤复发。

2 施治需“分部位、分阶段”

2.1 分部位施治

战教授提出“病位表里—脏腑属络—阴阳虚实—阶段分治”的辨证施治顺序，先审证后求因，而后施治。病位在皮肤肌腠者，为“翻花疮”，隋·巢元方《诸病源候论》记载，“翻花疮者，由风毒相搏所致”[13]，需祛风调和营卫、解毒健脾补气，使肺气得充，鼓邪外出，临证常以生黄芪、党参健脾补肺气、托毒外出，当归、熟地黄养血祛风；恶性肿瘤病位在血脉者，为“血瘤”，明·陈实功《外科正宗》曰：“血瘤者，微紫、微红，软硬间杂，缠若红丝，擦破血流，禁之不住”[14]，病在营，治宜心、脾，因为心主脉、脾统血，实者当清火祛邪、活血通络，兼健脾养心、柔肝缓急，虚者当补益气血、健脾养心，兼活血祛邪；病在骨髓者，为“骨疽”“石痈”或“骨瘤”，晋·葛洪《肘后备急方》将其描述为“痈疽之至牢有根而硬如石”[15]，因其病位在骨，肾主骨生髓，而肝肾同源，肾病多涉及肝，故治在肝肾，需根据虚实寒热进行肝肾同治。

《伤寒论》根据脏腑、六经辨证将病位分为表里上下，皮肤肌腠筋脉为表，胸胁为半表半里，胃肠为里。基于此，战教授治疗胸胁部位恶性肿瘤，多从肝胆论治，消化系统类恶性肿瘤，因其病位在肠腑，为里证，胃肠属腑，当以通为用，故治里当始终不忘通法，实者通腑泻热，虚者补泻兼施，临证不离泻心汤；若病位在头，头为清明之府，位在巅顶，治需升清，战教授常用天麻、菖蒲、远志、薄荷等药物升清醒脑、引药入脑；如病位在下，则需引药下行，以牛膝、补骨脂引药下行，后辨内因外因、病理因素等等，如湿邪重浊，易伤下位，以长于利水去垢、渗湿泻浊之泽泻和渗水利湿、缓脾益胃之茯苓，使水湿从下去，补泻并

行,祛邪与扶正同用等。

2.2 分阶段施治

现代医学对罕见恶性肿瘤的治疗,仍以恶性肿瘤的传统治疗方法如手术治疗、放射治疗和化学治疗为主,治疗手段有限,治疗及预后与疾病发病阶段、肿瘤恶性程度、患者体质强弱直接相关,故中西医结合治疗就显得十分重要。

战教授强调需分阶段对罕见恶性肿瘤进行分治。早期祛邪抗癌为主,扶正为辅,中晚期扶正祛邪同用。战教授常用抗癌主药为白花蛇舌草,其用量通常比半枝莲、半边莲多 5 g,起到抗癌的主导作用,针对癌症患者手术及放化疗后可能出现的病情反复,战教授常以半枝莲、半边莲、山慈菇合用,用于肿瘤转移或后期预防转移,故治疗恶性肿瘤的处方中,常不离白花蛇舌草,或加半枝莲 - 半边莲 - 山慈菇四药同用以防治癌症的复发及转移,同时四者性味寒温相配,以防寒凉伤脾。

同时,战教授强调补气扶正的理念需贯穿恶性肿瘤的整个过程,尤其重视健脾在“扶正”中的作用[16],现代中医学亦认为肿瘤的脏腑辨证应以脾虚为主[17]。元·李杲所著《脾胃论》曰:“水谷养神,绝谷神亡;水谷养荣卫,水去谷消荣散卫亡”,又曰:“百病皆由脾胃衰而生也”,故“脾”之强盛对正气的扶助至关重要。饮食物入于胃,经脾气之运化,化为水谷精微,进而充养肌腠、孔窍,濡润脏腑,使其发挥正常生理功能,机体运行如常,使病生无源;反之,病既生,所累及脏腑百骸必然阴阳失调、濡润失常,健脾气以充气血、养脏腑,使脏腑之功能自复,则可逐邪外出。除此之外,课题组前期基础研究发现健脾可以改善大鼠肠道菌群紊乱,而肠道菌群紊乱直接影响着恶性肿瘤的发生发展[18]。中医学的现代研究亦发现脾与肠道微生态关系密切,健脾可以通过调节肠道微生物稳态,进而抑制肿瘤免疫逃逸[19]。战教授在恶性肿瘤的临证过程中发现,健脾类药物的应用不仅可以更好地增加药物整体的吸收,而且相比单纯补血养血、补肾养阴,健脾可以更好地恢复患者的免疫力,同时结合调和营卫、通腑消导、清热解毒、化痰活血等治法,根据病程发展,予以针对性施治,可以更快地改善患者正虚邪恋的局面,助邪外出。

临证方面,战教授善用生黄芪、太子参、白术健脾益气、扶助正气,山药、山萸肉养阴益气,或佐健脾理气之砂仁、陈皮,以达固本扶正之效。总结战教授治疗恶性肿瘤的临证过程中常用的药物,补气健脾之生黄芪、党参(红参)、炒白术,清热解毒之白花蛇舌草、半枝莲、半边莲、山慈菇,养血活血之当归、没药等[3],其中黄芪与参类(党参、红参、太子参)相配最为补气培元、扶助后天。恶性肿瘤分型繁多,病情复杂,接受中医治疗的患者以术后或放化疗后居多,对恶性肿瘤患者放化疗后白细胞水平低下者,生黄芪用量可用至 120 g,此时常与当归相配,组方当归补血汤,或与三胶(龟板胶、鹿角胶、阿胶)合用,以血肉有情之品补阴血不足。

3 病案举例

患者女,64 岁。1998 年 7 月就诊于某三甲医院。患者体检时,B 超检查显示胰尾部肿块,并且经 CT、MRI 检查证实。患者术前无腹痛、无消瘦、无乏力、无胃肠道功能异常,生命体征平稳。1998 年 8 月 26 日,患者在全麻下进行手术,术中见胰尾部结节状增生,肿块 6 cm × 6 cm,胰头、胰颈和胰体均正常。手术过程顺利,患者安返病房。术后 1 周,脾窝引流管有黏液流出。复查 CT 示胰尾脓肿、胰瘘。经引流通畅、局部及全身抗感染治疗后好转。病理结果:胰尾部腺泡细胞癌,脾脏轻度充血,另一小结节为副脾;无淋巴结转移。该病例明确诊断为胰尾腺泡细胞癌。患者手术顺利,但是在术后患者不能恢复正常饮食,少量进食即出现腹胀,甚至呕吐。为提供患者营养,普外科予以鼻饲导管进行术后的肠内营养支持治疗,同时辅以肠外营养支持治疗,不能改善患者的饮食状态。1998 年 10 月 12 日请战教授会诊,术后症见语声低弱,周身乏力,食少,食后腹胀,甚则呕吐,舌黯,边瘀甚,苔薄白,脉沉细无力。西医诊断:胰尾腺泡细胞癌;中医诊断:积聚(气虚血瘀);治法:健脾和胃、化瘀散结;处方:党参 20 g,茯苓 15 g,白术 15 g,苍术 5 g,甘草 10 g,陈皮 10 g,木香 5 g,砂仁 5 g,焦山楂 10 g,焦神曲 10 g,焦麦芽 10 g,黄精 10 g,苏子 10 g,白花蛇舌草 20 g,半枝莲 15 g,5 剂,日 1 剂,早晚两次,水煎,鼻饲服。

诊治经过。1998 年 10 月 20 日 二诊:患者诉鼻饲服用中药 5 d 后病情即明显好转,遂拔除鼻饲管,而后即可少量进食,进食后腹胀、恶心等胃肠道不适症状明显改善,遂出院居家继续口服上方。目前自主进食无碍,但进食量少,稍多即腹胀、恶心,伴乏力倦怠,多眠睡。大便无力且稀,小便可。舌黯边瘀,苔薄白,脉沉细无力。处方:上方增生黄芪 30 g,姜半夏 10 g,继服 30 剂,日 1 剂,水煎服,早晚饭后 1 h 温服。1999 年 1 月 15 日 三诊:服上方至今,体力、精力较前明显好转,言语有力,肢体略沉重,进食量明显增多,进食后轻微腹胀,不恶心,亦不呕吐,近日复查肝胆脾胰 CT:所示左前腹壁似见条状稍高密度瘢痕影,脾未见确切显示;肝脏形态尚规整,各叶大小比例适中,肝实质密度均匀,CT 值约 55 HU,肝内胆管未见扩张,肝血管分布规则;胆囊体积不大,壁厚,其内密度均匀,未见明显异常密度灶,胆总管未见扩张;胰腺轮廓规则,形态大小未见异常胰周脂肪间隙清晰;所示腹膜后未见明显肿大淋巴结影,未见腹水征象。肝胆脾胰肾彩超:肝大小形态正常,表面光滑,内回声略细腻增强;胆囊大小形态正常,胆囊壁探及略强回声结节,大小约 2 mm × 2 mm,不伴声影,不随体位移动;胰腺形态正常,胰尾显示不清,内回声均匀,主胰管未见扩张;双肾大小、形态正常,皮髓质结构分辨清晰;肝胆、胰双肾未见异常血流信号。肿瘤标志物:AFP 1.50 ng/mL,CEA 2.19 ng/mL,CA199 0.64 U/mL;恢复良好。舌黯边轻微瘀斑,苔白,脉沉细。处方:上方去苍术,加厚朴 10 g,当归 10 g,桃仁 5 g,继服 30 剂,煎服同前。

院外治疗中,战教授始终以扶正与抗癌并重为治疗原则,以益气健脾、补气活血、解毒消痈为治疗核心,经过为期 1 年的中医药治疗,患者病情稳定,生存状态逐渐好转。患者第 1 年每 3 个月复查一次,第 2 年每半年复查一次,第 3 年起每年复查一次,复查期间未发现肿瘤复发或转移。经 23 年随访,该文发表前,患者已达 87 岁。根据以往报道的病例[20-25],该病例患者已获得了足够长的无进展生存期(Progressive Free Survival,PFS),达到临床治愈。

按 胰腺腺泡细胞癌(Acinar cell carcinoma, ACC)是一种罕见的胰腺外分泌恶性肿瘤,占胰腺外分泌肿瘤的 1% ~ 2%[20],临床多以腹痛为首发症状,可伴有甲胎蛋白(AFP)水平增高[26],因 ACC 典型临床症状不明显,早期诊断具有一定

困难,亦极易误诊,待可明确诊断时多已达晚期[27]。手术是目前认可的有效治疗选择,但我们尚无法通过完全的手术切除来治愈这种疾病,同时ACC对于单纯的术后化疗和放疗均不敏感[21],目前国际上仍没有标准的ACC治疗方案[26],因此ACC患者术后治疗具有很大的不确定性。

在本病例中,患者明确诊断为胰尾腺泡细胞癌,病理提示达到R0切除,未见淋巴结转移,故行胰尾肿瘤切除术,术后未进行化疗、放疗。该病例患者病灶在胰腺,病位在里,属脾胃,主要病机为脾胃气阴两虚为本,气虚湿聚成痰为标,痰凝血瘀、癌毒弥漫,最终形成肿块。患者术后症见:语声低弱、乏力体倦、食少且进食后腹胀、甚则呕吐,舌象提示有瘀,脉象为典型气血亏虚之象,辨证为气虚血瘀证。患者脾胃亏虚日久,在胰腺病灶手术之后,脾胃受损更甚。因患者术后邪气已衰大半、元气大伤,此时若后天培补不利,脾胃亏虚加重,外邪易乘虚而入。战丽彬教授准确把握ACC病因病机发展,辨证施治,治以健脾益气消滞、化痰活血散结,健脾益气、通腑消积为主,化瘀散结为辅,处方选用香砂六君子汤加减,以香砂六君子汤健脾助运,焦三仙、苏子降气通腑,白花蛇舌草、半枝莲清热解毒、消痈散瘀,另加黄精益气养阴,组方简洁但结构严密,功专健脾消导、扶正祛邪,使邪从肠腑出。在患者脾胃受纳与运化功能得以恢复之后,酌量增加化痰散结如厚朴、半夏药物,养血活血之当归、桃仁,且始终保留白花蛇舌草、半枝莲的使用,以达抗癌、预防复发、延长生存的目的。

4 小结

战教授治疗恶性肿瘤的原则为"扶正祛邪、化痰祛瘀",强调罕见恶性肿瘤的治疗不能脱离恶性肿瘤的大前提,但是针对罕见恶性肿瘤本身的特点:早期发现、早期诊疗的机会少,往往一经诊断即为晚期阶段,战教授认为恶性肿瘤到了晚期阶段,病机变得更加复杂,因此针对此类疾病,辨病需重视疾病阶段及病变部位,并提出"病位表里—脏腑属络—阴阳虚实—阶段分治"的辨证顺序,强调先审证后求因,并根据疾病所处阶段而后施治。同时,战教授认为"阳偏盛"是恶性肿瘤产生的前提,阳盛食气,故扶正固本、抗癌防复的理念需贯穿恶性肿瘤的整个过程。综上所述,战教授从疾病本身出发,辨病变部位与辨发病阶段相结合,同时将中医基础理论和中医药现代研究相结合,丰富了中医药在罕见恶性肿瘤中的应用内涵,对于罕见恶性肿瘤疾病的临床诊疗工作具有较高的参考价值。

参考文献

[1] 王书航. 罕见肿瘤精准靶向和免疫治疗为导向的基因组分型探索[D]. 北京: 北京大学医学部, 2021.
[2] GREENLEE R T, GOODMAN M T, LYNCH C F, et al. The occurrence of rare cancers in U. S. adults, 1995 - 2004[J]. Public Health Rep, 2010, 125(1): 28 - 43.
[3] 岳晓青, 路童, 战丽彬. 战丽彬"从脾论治"2型糖尿病与癌症共病经验总结[J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(1): 74 - 78.
[4] 黄帝内经[M]. 郭刚,导读注译. 长沙:岳麓书社, 2019.
[5] 鲍艳举, 花宝金, 侯炜,主编. 胡希恕,讲述. 胡希恕伤寒论讲座[M]. 北京: 学苑出版社, 2008.
[6] 胡凯文, 卫月. 癌症的中医诠释及相关病名辨析[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(1): 16 - 18.
[7] 彭成,郭滢,于洋,等. 基于阴阳理论探讨自噬在卵巢癌中的作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2024,30(16):185 - 192.
[8] 周迪, 朱文伟, 胡明辉, 等. 从自噬效应探讨"扶正祛邪法"治疗恶性肿瘤的作用及临床应用[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(12): 2537 - 2539.
[9] 王财东, 陈玉, 苟涛, 等. 中医药基于"扶正祛邪"理论调节自噬防治恶性肿瘤研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(11): 190 - 195.
[10] 许博文, 李杰, 高瑞珂, 等. 基于"阳化气, 阴成形"理论探讨肿瘤的中医辨治[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 315 - 318.
[11] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003.
[12] 黄飞霞, 王银, 黄明河. 从温阳扶正论治癌症思路探讨[J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(11): 125 - 127.
[13] 巢元方. 诸病源候论[M]. 黄作阵,点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.
[14] 陈实功. 外科正宗[M]. 吴少祯, 许建平,点校. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
[15] 葛洪. 肘后备急方[M]. 影印本. 广州: 广东科技出版社, 2012.
[16] 金军. 益气健脾法治疗癌症恶病质临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(11): 80 - 81.
[17] 傅习,小冲,任一峰,等. 整体论视角下的中医致瘤性[J]. 北京中医药大学学报,2021,44(8):688 - 693.
[18] ROUTY B, LE CHATELIER E, DEROSA L, et al. Gut microbiome influences efficacy of PD - 1 - based immunotherapy against epithelial tumors[J]. Science, 2018, 359(6371): 91 - 97.
[19] 濮文渊, 汪志霞, 周春祥, 等. 肠道微生态与中医药抗肿瘤机制的相关性探讨[J]. 中医杂志, 2019, 60(3): 210 - 213.
[20] MATOS J M, MAX SCHMIDT C, TURRINI O, et al. Pancreatic acinar cell carcinoma: a multi - institutional study[J]. J Gastrointest Surg, 2009, 13(8): 1495 - 1502.
[21] TATLI S, MORTELE K J, LEVY A D, et al. CT and MRI features of pure acinar cell carcinoma of the pancreas in adults[J]. AJR Am J Roentgenol, 2005, 184(2): 511 - 519.
[22] WISNOSKI N C, TOWNSEND C M, NEALON W H, et al. 672 patients with acinar cell carcinoma of the pancreas: a population - based comparison to pancreatic adenocarcinoma[J]. Surgery, 2008, 144(2): 141 - 148.
[23] KLIMSTRA D S, HEFFESS C S, OERTEL J E, et al. Acinar cell carcinoma of the pancreas[J]. Am J Surg Pathol, 16(9): 815 - 837.
[24] WEBB J N. Acinar cell neoplasms of the exocrine pancreas[J]. J Clin Pathol, 1977, 30(2): 103 - 112.
[25] ROBERTSON J C, EELES G H. Syndrome associated with pancreatic acinar cell carcinoma[J]. Br Med J, 1970, 2(5711): 708 - 709.
[26] CALIMANO - RAMIREZ L F, DAOUD T, GOPIREDDY D R, et al. Pancreatic acinar cell carcinoma: a comprehensive review[J]. World J Gastroenterol, 2022, 28(40): 5827 - 5844.
[27] MORMUL A, WŁOSZEK E, NOWOSZEWSKA J, et al. Rare non - neuroendocrine pancreatic tumours[J]. Cancers (Basel), 2023, 15(8): 2216.