

引用:孔祥图,朱新宇,白洁,陈晓丽,于慧,朱垚,倪海雯.倪海雯基于癌毒病机整合治疗老年弥漫大B细胞淋巴瘤经验[J].中医导报,2023,29(2):207-210.

倪海雯基于癌毒病机整合治疗老年弥漫大B细胞淋巴瘤经验*

孔祥图¹,朱新宇²,白洁²,陈晓丽¹,于慧¹,朱垚³,倪海雯¹

(1.南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029;

2.南京中医药大学,江苏 南京 210029;

3.南京中医药大学国医大师周仲瑛工作室,江苏 南京 210029)

[摘要] 总结倪海雯教授基于癌毒病机整合治疗老年弥漫大B细胞淋巴瘤的经验。老年弥漫大B细胞淋巴瘤以癌毒病机为核心,临证常见“痰、热、瘀、毒、虚”五大病机要素,且多种病机相互兼夹、转化、复合为患。倪海雯教授论治老年弥漫大B细胞淋巴瘤以消癌解毒贯穿始终,采用“分期整合,减毒增效”,复法大方多环节增效,与化疗药、靶向药等西药及虫类药等中药有机结合,同时注意顾护正气,标本兼顾。附1则典型病案。

[关键词] 老年弥漫大B细胞淋巴瘤;癌毒学说;病机辨证;整合医学;倪海雯;名医经验

[中图分类号] R249.8 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2023)02-0207-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.02.041

弥漫大B细胞淋巴瘤(diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL)是一种侵袭性淋巴瘤,主要发病人群为老年人,诊断时的中位年龄为66岁,1/3的患者在>75岁时被确诊^[1-2]。60岁以上是DLBCL的不利预后因素,并被纳入国际预后指数(IPI)^[3-4]。即使接受标准剂量利妥昔单抗、环磷酰胺、多柔比星、长春新碱和泼尼松(R-CHOP)^[4-5],55岁以下患者的5年相对生存率为78%,而65岁以上患者仅为54%^[6]。在诊断后2年实现无事件生存可使年轻患者的预期寿命正常化,但老年患者即使在5年后也会复发,出现超高死亡率^[6]。此外,西方国家数据显示高达25%的老年人在诊断DLBCL后没有接受任何免疫化学治疗^[7-9]。因此,老年DLBCL患者的疾病不良生物学特征、基础健康状况及化疗后期毒性的相互作用等因素,为目前治疗带来诸多困难^[10]。在我国,由于治疗及随访依从性差等问题,本病的总体生存率低于发达国家^[9]。既往研究显示中医药治疗肿瘤具有降低化疗毒副作用、改善患者证候、提高生活质量、降低医疗成本等优势^[11-12]。如何将中西医的优势疗法、创新药物及治疗理念有机地进行整合,在恶性肿瘤治疗的全过程中予以实践和不断优化,以进一步提高恶性肿瘤治疗的有效性、安全性,是现代医学所面临的挑战性任务。国医大师周仲瑛教授结合多年辨治恶性肿瘤的临床经验,于20世纪90年代率先提出了“癌毒”病机理论,在促进中医肿瘤病机及治疗方面

发挥了关键作用。同时其建立了复合病机、化痰祛瘀、消癌解毒、助阳消阴等癌毒病机的核心理念,力主“复法”制方指导临床辨证和治疗。基于“癌毒”病机理论,运用上述方法治疗各种实体肿瘤具有明显的疗效^[13-16]。

倪海雯教授为周仲瑛教授学术传承人,第四批全国优秀中医人才,江苏省第二批次优秀青年中医人才,江苏省第九批次六大高峰人才,江苏省第五期333第三层次高层次人才,长期致力于恶性淋巴瘤的基础与临床研究,并率先开展基于癌毒病机理论体系中西医整合治疗恶性淋巴瘤^[17]。笔者为倪海雯教授团队成员,跟随其临证十余载。本团队结合新药时代精确分层、老年评分、全过程管理的理念,针对现实世界中老年DLBCL难点,优化临床辨治要点及对策,以期为本病的治疗提供新的思路和方法。

1 病因病机

1.1 首因难求,重在第二病因 人身百病,多有形可征,有因可寻。“审证求因”是辨证的基础,论治的依据。产生疾病的重要中间环节是病理因素,它决定疾病的性质、演变及转归。国医大师周仲瑛教授称之为“第二病因”。第二病因包括痰、饮、水、湿、浊、瘀、火、毒等因素。第二病因的产生及致病均有规律可寻,临床上如特定病因的证据不足,第一病因难以溯源,可根据临床表现重点确定第二病因,以明确辨证方向。DLBCL

*基金项目:第四批全国中医优秀人才研修项目(国中医药人教发[2017]24号);江苏省卫生健康委科研项目(ZD2021040);江苏省六大人才高峰项目(RJFW-40);江苏省“333高层次人才培养工程”(2018III-0121);江苏省科技型企业技术创新资金资助项目(BC2015022)

通信作者:倪海雯,E-mail:fsyy00654@njucm.edu.cn

多归属于中医学中“痰核”“恶核”“石疽”等范畴,倪海雯教授认为DLBCL第一病因较难溯源,因此病因的重点在于第二病因。淋巴结增大与痰有关,所谓“无痰不成核”,痰的起因多由外感六淫、内伤七情、饮食劳倦等导致肺、脾、肝、肾、三焦、膀胱等脏腑气化功能失常,使水湿内停而成。或与寒湿相凝,或与热毒相结,甚至产生他邪,痰饮停滞,凝结血液成瘀,耗伤气血,临证常可见痰、热、瘀、毒、虚。痰凝日久,邪气积聚,难以祛除,结聚成块,变生癌毒,形成“痰核”,且常兼夹他邪,走注弥散,外损肌表皮肤,内伤脏腑经络,充斥上下内外,流散广泛,损伤脏腑功能,耗伤气血津液,病势凶猛,发展迅速,胶着难解^[18]。

1.2 虚实相兼,病机复合错杂 本病病性多为本虚标实,病位涉及脏腑主要为脾、肺、肝、肾。因痰之为病,随气升降,无处不到,或停于肺肾肝脾,或流注筋肉关节,从而导致多部位病变。本病初期,脏腑气血初伤,症见痰核小、较软可动者为病轻;病程日久,痰瘀凝结,耗气伤血,症见痰核渐大、坚硬不移者为病重;疾病晚期,气血两伤、阴阳俱损,症见形体消瘦、面色萎黄、卧床不起则属病危,治之难矣。同时痰之为病,随气升降,无处不到,或留着肌肤,走窜筋骨,或内陷脏腑,故范围广,容易播散蔓延,病势难以控制。倪海雯教授认为老年DLBCL患者正气亏虚明显,癌毒肆意生长,变生他邪,癌毒与痰、热、瘀等多种病理因素胶结为患,导致多种单一病机兼夹、转化、复合为患,符合周仲瑛教授提出的“复合病机”。癌毒长期蓄积体内,并弥散流注他处。

2 以癌毒病机为核心的辨证特色

2.1 癌毒核心,贯穿病程始终 癌毒是毒邪之一,是恶性淋巴瘤的最主要致病因素,贯穿病程始终。《金匱要略心典》言:“毒者,邪气蕴蓄不解之谓。”“癌毒”包含两大类不同的内容:一类是各种致癌因子,一类是各种癌变细胞^[19]。倪海雯教授认为放射性物质、丙型肝炎病毒、EB病毒等与老年DLBCL发病机制密切相关的因素,均可归属于“癌毒”范畴。老年DLBCL的癌毒病机表现不同于实体瘤的“结毒”,而是以“流毒”为主,性专善行,易顺气血经络流注走窜至远处脏腑组织,在至虚的地方肆意生长,或隐匿,或暴戾,损伤脏腑功能^[20]。正气与癌毒的竞争决定了疾病的进展速度,但老年患者正气已衰,邪盛正伤,气血阴阳失衡,临床上常以脏腑病变为主要表现,如脾失健运、胃失和降所致消化道症状。故癌毒更加肆意生长,侵袭人体各部位,气血津液日渐虚弱,积重难返。

2.2 三毒并行,亦有主次之分 倪海雯教授多年临证观察发现老年DLBCL的常见病理因素多为痰毒、瘀毒、热毒,但亦有主次之分。痰有“有形之痰”与“无形之痰”之分,流注腠理百骸、肢体经络的痰邪多为无形之痰。痰毒为主的患者多以无形之痰为主,临床常见皮下肿块、口黏不欲饮、淋巴结肿大等症。瘀有“脏腑之瘀”与“经络之瘀”之别,经络之瘀多为跌仆损伤所致。瘀毒为主的患者多属脏腑之瘀,临床常见痛有定处、刺痛明显、皮下瘀斑、舌质紫暗、舌下络脉青紫等症。热有内、外、虚、实不同,外热常为外感所致,内热多属内伤引发,实热见于气滞、血瘀、痰凝、湿阻等郁而化热,虚热发于气血阴阳亏虚之后。热毒为主的患者属内热之毒,多虚热、实热夹

杂,临床常见自觉身热、皮肤瘙痒、小便短赤、大便偏干等症。临证治疗需要区分三毒主次不同,遣方用药对应的权重亦应对证调整。

2.3 虚损之候,气血阴阳有别 虚损证候在老年DLBCL患者中较为常见,临床常见气虚、血虚、阴虚、阳虚。若患者兼气虚,常可见疲劳乏力、气短懒言、易于外感、夜尿频多等症;若兼有血虚之候者,常可见面色少华、心悸不宁、夜寐多梦、经少闭行、头昏善忘等症;若兼有阴虚之候者,常可见口干咽燥、五心烦热、腰膝酸软、头晕耳鸣等症;若兼有阳虚之候者,常可见畏寒怕冷、四肢不温、面色皤白等症。倪海雯教授结合癌毒病机认为老年DLBCL患者的虚损之候每每多兼夹,临床常见气血两亏、气阴不足、气虚阳弱、阴血亏耗、阴阳两虚等复合证候,因此在应用补益之品时,须相时而动,见候定法,药随证转。

3 以整合治疗为原则的用药特点

3.1 消癌解毒,区分兼夹病邪 基于周仲瑛教授癌毒病机理论,倪海雯教授结合多年临证经验认为消癌解毒是老年DLBCL的核心治法。该病为全身性疾病,病机复杂,证型多样,治疗时应以消癌解毒贯穿疾病始终,以复合病机阐释兼证,以数法数方复合并用、有机结合达到多环节增效^[21]。同时该病的治疗还应分清标本缓急,明辨虚实寒热,把握用药主次。倪海雯教授临证发现癌毒常兼夹痰、热、瘀等邪气而生,耗损气血,因此,应结合痰、热、瘀不同的病理因素辨证用药,使毒无所附,易于祛除。如:兼夹痰邪,使用海藻、昆布、陈皮、半夏等祛痰消痞;兼夹热邪,使用半边莲、半枝莲、猫爪草、栀子、野菊花、蒲公英等清热解毒;兼夹瘀邪,使用丹参、川芎、三棱、莪术等化瘀散结,破瘀消癥,祛瘀生新。倪海雯教授根据老年DLBCL患者“痰、热、瘀、毒、虚”五大核心病机要素,自拟消癌解毒方加减。消癌解毒方药物组成:鳖甲、土鳖虫、三棱、莪术、浙贝母、僵蚕、太子参、茯苓、白花蛇舌草、半枝莲。方中鳖甲、土鳖虫化痰搜剔解毒,三棱、莪术化瘀解毒,浙贝母、僵蚕化痰解毒,白花蛇舌草、半枝莲清热解毒,太子参、茯苓健脾益气化湿。临证根据兼夹病邪有所侧重。

3.2 善用虫药,同时顾护正气 周仲瑛教授擅用虫类药消癌解毒。虫类药入络搜邪,破血逐瘀,既可针对“久病入络”,药力不及的邪入络脉之虞,也可解决“久病多瘀”,病久血滞血瘀之患。虫类药常有小毒、中毒、大毒不等,应用虫类药治疗老年DLBCL,可起到“以毒攻毒”之效。且周仲瑛常言虫类药物自身有“强壮之功”,部分虫类药亦可增强扶正功效,起到泻中有补、提高免疫的作用。常用扶助正气的虫类药有冬虫夏草、露蜂房、蛤蚧等,常用消癌散结的虫类药有壁虎、土鳖虫、水蛭、地龙、全蝎、蜈蚣等,临床需结合药性及归经选择使用。倪海雯教授临证遣方用药时提出需结合老年患者正气亏虚的特点,注意顾护正气。如清热解毒药需辨证使用,不可久用,以免伤正;化瘀解毒药忌大量峻猛,以免耗伤气血;消癌解毒需结合健脾补肾,以标本兼顾,防耗气伤津,可以黄芪、白术、党参等补益脾气,以熟地黄、石斛、女贞子等滋肾益精。

3.3 分期整合,兼顾化疗方案 整合治疗的重要治疗原则就是:着眼现代医学的疾病分期,综合患者的病理检查、免疫组

化等多方面现代医学诊断结果,兼顾患者现代医学标准治疗路径,结合化疗药物可能产生的潜在损伤,发挥中药减毒增效、提高免疫、消癌解毒不损正气的独特优势,遵循癌毒学说的特色思想,从而在老年DLBCL的整合医学方面构建特色有效方案。倪海雯教授认为,若化疗期患者胃纳差、大便或干或溏、舌苔厚腻,应治以健脾扶正为主,佐以化痰解毒,同时顾护脾胃亦尤为重要。化疗间歇期患者常见疲倦乏力,正气未复,则应治以扶正固本,培补脾胃,益肾填精,并加用清热解毒类药物。化疗后期患者常合并口咽、肛周感染,血细胞减少,肝功能损伤等临床表现,可酌用解毒清热之品以清化热邪,减轻或重建由化疗所致的免疫抑制和骨髓抑制。治疗平台期患者体质逐渐恢复,此时应逐渐加大消癌解毒的中药剂量以预防复发。

4 典型病案

患者,女,70岁。2019年3月23日初诊。主诉:胃脘部不适4个月余。患者4个月前无明显诱因出现胃脘部不适,伴有低热、盗汗、消瘦,未重视。2019年1月5日突发呕血,量多色鲜红,遂至当地医院就诊。检查胃镜,胃窦部病理示:肿瘤细胞表达CD20(+),CD3(-),CD10(-),Bcl-6(+),Bcl-2(+),Mum-1(+),C-myc(-),Ki-67(80%+),CD21未显示滤泡树突网,Ckpan(-),P53(70%+),EBER(-)。PET-CT示:胃小弯侧胃壁不均匀增厚,FDG代谢异常增高;左侧颈部、锁骨区、左侧腋下、纵隔内食管旁、小网膜囊、肠系膜区肌膜后多发肿大淋巴结,融合成团,FDG代谢均异常增高,与周围组织分界不清;两肺多发小结节影,FDG代谢轻度增高;双侧肩胛骨、左侧第3肋椎关节、腰2椎体右侧附件区、右侧髂骨、双侧股骨头颈部及左侧股骨下段多发结节及斑片样FDG代谢增高。结合病史考虑淋巴瘤多发淋巴结浸润,两肺浸润及多发骨浸润。治疗先予小剂量化疗预处理,后予R-CDOP方案联合化疗:利妥昔单抗0.6 g,d0;环磷酰胺1.0 g,d1;脂质体多柔比星40 mg,d1;长春地辛4 mg,d1;地塞米松6 mg,d1—d5。目前化疗2个疗程。刻下症见:呕血止,乏力口干,面色无华,心烦失眠,纳差,二便正常。舌质红,苔黄腻,脉弦涩。西医诊断:弥漫大B细胞淋巴瘤(非生发中心亚型,IV期B组,IPI评分5分,ECOG评分2分)。中医诊断:痰核;辨证:气阴亏虚,痰瘀内结。治法:益气养阴,化痰散结,兼化痰解毒。拟方消癌解毒方加减。处方:醋鳖甲15 g,土鳖虫10 g,三棱10 g,莪术10 g,胆南星10 g,浙贝母10 g,泽漆10 g,炒僵蚕10 g,北沙参10 g,天冬10 g,麦冬10 g,太子参15 g,菝葜10 g,白花蛇舌草15 g,半枝莲10 g,麸炒白术20 g,麸炒山药30 g,茯苓15 g,甘草5 g。14剂,水煎取汁400 mL,分2次于早晚饭后1 h温服。

2诊:2019年4月11日。患者化疗3个疗程后合并肺部感染,发热盗汗,恶风畏寒,咳嗽,咳黄痰,胸闷气短,咽痛声嘶;舌红苔黄,脉洪数。处方以前方加蒲公英15 g,鱼腥草15 g,白薇10 g,地骨皮10 g。14剂,水煎取汁400 mL,分2次于早晚饭后1 h温服。

3诊:2019年5月21日。化疗4个疗程后,中期评估为完全缓解。患者未再发热,汗出明显减少,仍感乏力纳差;舌淡,苔薄白,脉沉细。治以化痰散结,同时补肾健脾增强扶正。处方以消癌解毒方加减:醋鳖甲15 g,土鳖虫10 g,三棱10 g,莪术10 g,

浙贝母10 g,僵蚕10 g,太子参15 g,茯苓15 g,白花蛇舌草15 g,半枝莲10 g,补骨脂10 g,菟丝子10 g,炒稻芽10 g,炒麦芽10 g,灵芝10 g。14剂,水煎取汁400 mL,分2次于早晚饭后1 h温服。

4诊:2019年7月4日。患者已行6次化疗,现予利妥昔单抗巩固治疗。患者进食改善,乏力减轻,无发热、汗出,尿少,便溏,下肢浮肿;舌淡红,苔黄腻,脉濡数。治以化痰散结,同时清热利湿,解毒消肿。处方以消癌解毒方加减:醋鳖甲15 g,土鳖虫10 g,三棱10 g,莪术10 g,浙贝母10 g,僵蚕10 g,太子参15 g,茯苓15 g,白花蛇舌草15 g,半枝莲10 g,玉米须10 g,芡实10 g,石见穿10 g。14剂,水煎取汁400 mL,分2次于早晚饭后1 h温服。

患者门诊随诊,病情稳定,肿块消失,无典型疾病症状。

按语:本案患者老年女性,正气衰退,脏腑功能失调,气血运行不畅,正虚邪毒侵袭,日久瘀血、邪毒互结内蕴,发为本病,舌淡红,苔黄腻,脉弦涩。倪海雯教授认为辨证当属痰核气阴亏虚,痰瘀内结证,治以消癌解毒,扶正补虚,选用消癌解毒方加减。方中醋鳖甲、土鳖虫软坚散结;三棱、莪术活血化痰;胆南星、浙贝母、泽漆、炒僵蚕清热化痰,祛风通络;北沙参、天冬、麦冬、太子参益气养阴;菝葜、白花蛇舌草消癌解毒;麸炒白术、麸炒山药、茯苓健脾和胃,顾护中焦。化疗伤气,放疗伤阴。本病在西医治疗后,正虚情况更为明显,临证处方用药时需加大中医扶正固本、补虚培元、益气养阴之品。2诊患者出现肺部感染,采用中西医结合治疗,予以抗感染配合清热解毒中药联合使用,控制临床症状。3诊时中期评估后继予联合化疗,中医方案配以补肾养精、调和脾胃之品加入消癌解毒方。肾为先天之本,脾胃为后天之本,气血生化之源,补肾健脾对提高患者免疫功能有重要作用。患者4诊时已行6次化疗,并再予西医方案巩固治疗,同时中医方案在原方基础上加用抗癌解毒、补肾利湿之品,长期巩固,遂取得较好的临床疗效。

5 结 语

癌毒是老年DLBCL发生发展的核心病机,患者临床表现复杂多变,故临证须立足辨证,审证求机。倪海雯教授针对临床核心病机“痰、热、瘀、毒、虚”五大病机要素,确立了消癌解毒、扶正祛邪的治疗核心,宗“复法大方”治疗原则,同时结合西医方案的不同阶段,把握邪正消长,强化个体化治疗。倪海雯教授认为全疗程应采用中西医内外并举,从而达到改善患者脏器功能,控制并发症,减少复发,提高生活质量的目的。

参考文献

- [1] National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: NHL—Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)[EB/OL]. (2020-08-06) [2022-02-01]. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/dlbcl.html>.
- [2] ISSA D E, VAN DE SCHANS S A, CHAMULEAU M E, et al. Trends in incidence, treatment and survival of aggressive B-cell lymphoma in the Netherlands 1989–2010[J]. *Haematologica*, 2015, 100(4):525–533.
- [3] International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Fac-

- tors Project. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma[J]. *N Engl J Med*, 1993, 329(14):987-994.
- [4] ZHOU Z, SEHN L H, RADEMAKER A W, et al. An enhanced International Prognostic Index (NCCN-IPI) for patients with diffuse large B-cell lymphoma treated in the rituximab era[J]. *Blood*, 2014, 123(6):837-842.
- [5] YOUNES A, SEHN L H, JOHNSON P, et al. Randomized phase III trial of ibrutinib and rituximab plus cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone in non-germinal center B-cell diffuse large B-cell lymphoma[J]. *J Clin Oncol*, 2019, 37(15):1285-1295.
- [6] JAKOBSEN L H, BØGSTED M, BROWN P N, et al. Minimal loss of lifetime for patients with diffuse large B-cell lymphoma in remission and event free 24 months after treatment: A Danish population-based study[J]. *J Clin Oncol*, 2017, 35(7):778-784.
- [7] JUUL M B, JENSEN P H, ENGBERG H, et al. Treatment strategies and outcomes in diffuse large B-cell lymphoma among 1011 patients aged 75 years or older: A Danish population-based cohort study [J]. *Eur J Cancer*, 2018, 99:86-96.
- [8] 中国临床肿瘤学会(CSCO)中国抗淋巴瘤联盟, 中国医师学会血液科医师分会. 中国淋巴瘤患者全程管理模式专家共识(2021年版)[J]. *中华血液学杂志*, 2021, 42(5):364-368.
- [9] DI M Y, KEENEY T, BELANGER E, et al. Functional status and therapy for older patients with diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL): A population-based study[J]. *Blood*, 2020, 136:37-38.
- [10] SHEWADE A, OLSZEWSKI A J, PACE N, et al. Unmet medical need among elderly patients with previously untreated DLBCL characterized using real-world data in the United States[J]. *Blood*, 2020, 136:6-8.
- [11] 刘凯, 杨曼曼, 刘德果, 等. 六味地黄丸联合CHOP方案治疗非霍奇金淋巴瘤的临床观察[J]. *中医药导报*, 2017, 23(3):56-58.
- [12] 孔祥图, 于慧, 陈晓丽, 等. 消癌解毒方联合R-CHOP样方案治疗弥漫大B细胞淋巴瘤临床观察[J]. *安徽中医药大学学报*, 2021, 40(2):35-39.
- [13] 李柳, 程海波, 叶放, 等. 国医大师周仲瑛谈中医肿瘤防治的若干问题[J]. *南京中医药大学学报*, 2020, 36(3):303-306.
- [14] QIU W, WANG Z, CHEN R, et al. Xiaoi Jiedu recipe suppresses hepatocellular carcinogenesis through the miR-200b-3p/Notch1 axis[J]. *Cancer Manag Res*, 2020, 12:11121-11131.
- [15] 魏小曼, 李柳, 程海波. 结直肠癌前病变中医病机探讨[J]. *南京中医药大学学报*, 2021, 37(3):348-351.
- [16] 魏小曼, 程海波. 基于癌毒病机理论的大肠癌治则治法[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(12):6182-6184.
- [17] 倪海雯, 朱垚, 郭立中. 周仲瑛癌毒学说在恶性淋巴瘤中的运用[J]. *安徽中医药大学学报*, 2017, 36(5):38-40.
- [18] 赵智强, 吴勉华, 周瑛, 等. 周仲瑛辨治消化系统恶性肿瘤学术思想探讨[J]. *中医杂志*, 2013, 54(14):1186-1188.
- [19] 刘声, 王笑民, 杨霖, 等. 浅析中医“癌毒”本质[J]. *中医学报*, 2018, 33(10):1827-1830.
- [20] 章永红, 章迅, 叶丽红, 等. 论癌毒及攻癌毒治法[J]. *南京中医药大学学报*, 2014, 30(5):401-403.
- [21] 李英英, 郭立中, 周仲瑛. 周仲瑛教授从复方辨治恶性淋巴瘤1例[J]. *中医药导报*, 2013, 19(1):29.

(收稿日期:2022-03-01 编辑:蒋凯彪)