

扶正防癌方联合化疗对脾肾两虚型 晚期胃癌的临床疗效

刘 声¹ 吴 洁² 孙书贤¹ 胡凤山¹

(1 首都医科大学附属北京中医医院, 北京, 100010; 2 中国中医科学院广安门医院, 北京, 100053)

摘要 目的:探讨采用具有补益脾肾作用的扶正防癌方联合替吉奥胶囊治疗脾肾两虚型晚期胃癌患者的临床疗效。方法:选取 2013 年 7 月至 2016 年 1 月北京中医医院将符合入选标准的胃癌晚期患者 80 例,按随机数字法分为 2 组,观察组和对照组各 40 例。比较 2 组治疗前后实体瘤近期疗效、体重及 Karnofsky 评分、生命质量 QOL-C30 评分、中医证候评分、药物不良反应。结果:观察组体重及 Karnofsky 评分、中医证候评分、生命质量 QOL-C30 评分较对照组显著升高($P < 0.05$);2 组实体瘤近期疗效比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组不良反应发生率要少于对照组,2 组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:扶正防癌方联合化疗对晚期胃癌实体瘤疗效上虽无明显优势,但有助于改善患者临床症状和提高生命质量,并在一定程度上抑制化疗药物不良反应,是晚期胃癌患者可选择的有效的临床治疗方法之一。

关键词 扶正防癌方;晚期胃癌;恶性肿瘤;脾肾两虚型;中西医结合;临床疗效;Karnofsky 评分;QOL-C30 评分

Observation on Clinical Efficacy of Fuzheng Anti-cancer Prescription Combined with Chemotherapy in Deficiency on Spleen and Kidney in Patients with Advanced Gastric Cancer

Liu Sheng¹, Wu Jie², Sun Shuxian¹, Hu Fengshan¹

(1 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100010, China; 2 Guang'anmen Hospital
of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of the effect of the method of invigorating spleen and kidney combined with chemotherapy for advanced gastric cancer patients. **Methods:** A total of 80 patients with advanced gastric cancer who met the inclusion criteria in Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine from July 2013 to January 2016 were randomly divided into treatment group and control group, with 40 cases in each group. The short-term curative effect, body mass and Karnofsky score, quality of life, QOL-C30 score and TCM syndrome score were compared between the two groups before and after treatment. **Results:** The body mass and Karnofsky score, TCM syndrome score and quality of life QOL-C30 score were significantly higher in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$), while the short-term curative effect of the solid tumors was not significantly different between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** The traditional Chinese medicine of Fuzheng Fangai decoction combined with chemotherapy for advanced gastric cancer tumor entity does not have obvious advantages, but it helps to improve the clinical symptoms and improve the quality of life, which is one of the effective clinical treatment for patients with advanced gastric cancer that can be selected.

Key Words Fuzheng Fangai decoction; Advanced gastric cancer; Malignant cancer; Deficiency of spleen and kidney syndrome; Integrated Chinese and western medicine; Clinical efficacy observation; Karnofsky score; QOL-C30 score

中图分类号:R289.5;R273 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.08.032

胃癌在全球范围内均属常见的恶性肿瘤^[1],在所有癌症中处于第 4 位。在我国,胃癌发病率更是比国外高出 3 倍,大多数患者在诊断时已属于晚期,预后不良。早期胃癌仅占 10% 左右,总的 5 年生存率仅为 20% 左右,而晚期患者中位生存期不到 1 年。晚期胃癌患者大都年近高龄或身体虚弱,且已存在广泛转移,多伴有中医脾肾两虚证的临床表现^[2]。

晚期胃癌因手术适应性差,切除困难,因此在治疗上,多以药物治疗为主。

胃癌在所有肿瘤中属于对化疗比较敏感的一种,治疗效果较佳,但随着化疗次数的累积,化疗药物毒性也在蓄积,严重影响着患者的生命质量,缩短生存期^[3]。中医药以整体观和辨证论治为基本理念和理论基础,不但辅助化疗药物对恶性肿瘤起到有

基金项目:北京市卫生系统高层次卫生技术人才培养项目(2015-3-115)

作者简介:刘声(1975.07—),男,博士,副主任医师,研究方向:中西医结合防治肿瘤复发和转移,Email:liusheng4377@163.com

通信作者:胡凤山(1972.01—),男,本科,主任医师,研究方向:中西医结合防治肿瘤复发和转移,E-mail:597984458@qq.com

效的治疗和控制作用,而且对于化疗引起的不良反应可以起到很好的防护。特别是对于晚期胃癌患者,身体严重衰弱而难以耐受化疗,采用中医药联合化疗治疗,可以有效地改善患者生命质量,延长生存期,减轻化疗药物不良反应^[4],远期效果好。本临床观察运用具有补益脾肾作用的扶正防癌方联合化疗治疗晚期胃癌患者,以期阐明其对晚期胃癌患者临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年7月至2016年1月我院收治的晚期胃癌患者80例,均为术后或化疗复发,经病理学检查确诊;TNM分期符合国际抗癌联盟(Union for International Cancer Control, UICC)1997标准^[5]Ⅲb~Ⅳ期。采用随机数字表法分为观察组和对照组。观察组40例:男22例,女18例;年龄45~81岁,平均年龄 (59.50 ± 3.89) 岁;Ⅲb期23例,Ⅳ期17例;对照组:男24例,女16例;年龄43~83岁,平均年龄 (61.00 ± 4.62) 岁;Ⅲb期26例,Ⅳ期14例。2组性别、年龄、临床分期等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究方案经过首都医科大学附属北京中医医院医学伦理委员会批准(审批号 ER.02.04-1.0),所有患者均签署知情同意书。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》脾肾两虚证辨证标准^[6]。主要症状:胃脘胀满隐痛,食少纳呆,疲困乏力,腰膝酸软;次要症状:少气懒言,大便稀软,口淡不渴,舌淡有齿痕,脉沉细。其中主要症状有3项符合,次要症状有1项符合辨证标准或主要症状有2项符合,次要症状符合2项辨证标准者,即可确诊。

1.3 纳入标准 1)有明确胃癌病理诊断;2)TNM分期为Ⅲb、Ⅳ期;3)中医辨证属脾肾两虚;4)有可测量肿瘤病灶,且手术不能切除;4)KPS评分 ≥ 60 分;5)预期生存期超过2个月。

1.4 排除标准 1)使用其他可能会影响研究结果的药物;2)在其他临床试验的患者;3)心、肝、肾、骨髓功能损害严重;4)心理疾病患者;5)怀孕及处于哺乳期的妇女;6)不能同意或遵守本研究协议。

1.5 脱落与剔除标准 1)自动退出或拒绝治疗;2)发生化疗药物过敏反应的患者;3)化疗期间发生急性意外事件,不能继续治疗的患者;4)化疗期间发现肿瘤明显进展的患者。

1.6 治疗方法 2组均接受相同的基础治疗。包括5%葡萄糖注射液250 mL+维生素C 3.0 g+维

生素B₆ 0.3 g+成人脂溶性维生素Ⅱ2支,静脉点注,1次/d;复方氨基酸注射液250 mL,静脉点注,1次/d。治疗期间出现疼痛、呕吐、出血、感染等并发症者,给予相应治疗,如疼痛者根据癌痛三阶梯止痛治疗原则,依次选择不同强度的止痛药止痛;呕吐者给予甲氧氯普胺止呕;咳血者运用云南白药胶囊或安络血止血,若咳血较重者加用脑垂体后叶素静脉点注止血;合并感染者加抗生素控制等。

对照组:口服替吉奥胶囊80 mg/(m²·d),2次/d,于早饭后和晚饭后各服1次,第1~14 d连续口服,停药7 d;21 d为1个疗程,2个疗程评价疗效。

观察组:在对照组基础上,给予具有补益脾肾功效的扶正防癌方,药用:生黄芪30 g、党参15 g、熟地黄12 g、淮山药12 g、薏苡仁12 g、枸杞子12 g、山茱萸12 g、黄精15 g、枸杞子15 g、鹿角胶12 g、肉苁蓉15 g、鸡内金12 g。以上草药来自于首都医科大学附属北京中医医院中草药房,1剂/d,水煎取汁约300 mL,2次/d,早晚分次口服,疗程同对照组。整个观察期间,2组均未使用其他可能会影响研究结果的药物。

1.7 观察指标 比较2组治疗前后实体瘤近期疗效、体重及Karnofsky评分、生命质量QOL-C30评分、中医证候评分、药物不良反应。

1.8 疗效判定标准 生命质量评估:采用EORTC QLQ-C30(V3.0)量表对研究对象进行生命质量测定^[7]。所有患者于治疗前及治疗后进行EORTC QLQ-C30问卷调查,问卷分为15个领域,包括5个功能领域:躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能和社会功能;3个症状领域:疲倦、恶心呕吐、疼痛;6个单一条目:呼吸困难、失眠、食欲丧失、便秘、腹泻、经济困难,及1个总体健康状况领域,各领域得分范围为0~100分。

功能状态评分:采用Karnofsky(KPS)评分标准评分。评分越高表示生命质量越好。

症状评分:依据《中药新药临床研究指导原则》中各类证型症状分级量化标准评定。见表1。

实体瘤疗效标准(RECIST)(可测量病灶最大径总和变化)^[8]:完全缓解(CR):全部病灶消失,维持4周以上;部分缓解(PR):病灶长径总和缩小至少30%,维持4周以上;疾病稳定(SD):介于PR和PD之间;疾病进展(PD):病灶长径总和增加超过20%,或出现新病灶。临床有效率(RR)=(CR+PR)/患者总数 $\times 100\%$;疾病控制率(DCR)=(PR+CR+SD)/总例数 $\times 100\%$ 。

表 1 中医证候评分

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
胃脘胀满隐痛	无症状	症状较轻,偶尔出现	症状时轻时重,间断出现	症状明显,持续存在
食少纳呆	无症状	症状较轻,偶尔出现	症状时轻时重,间断出现	症状明显,持续存在
疲困乏力	无症状	偶有发作	时有发作	经常发作
腰膝酸软	无症状	轻微,不影响日常生活	较重,对工作略有影响	很重,影响工作生活
少气懒言	无症状	一般活动后出现	较重活动后出现	平素不活动亦会出现
口淡不渴				
大便稀软	无症状	大便软可成型	大便稀不能成型	大便溏薄如水
舌象、脉象	无症状	舌质红苔薄白,脉缓	舌淡红苔薄白,脉弱	舌淡红少苔,两尺脉无力

体重变化:治疗后与治疗前比较:体重增加≥1.5 kg 为好转;体重增加或减少<1.5 kg 为稳定;体重减少≥1.5 kg 为进展。

药物不良反应:采用常见不良事件评价标准 NCI (National Cancer Institute, NCI)3.0 版进行评定。评价包括:从化疗之日起及化疗后 1 周内出现的消化道症状和骨髓抑制等反应。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,以采用 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 实体瘤近期疗效评价 观察组 RR 为 70.00%,DCR 为 95.00%;对照组 RR 为 50.00%,DCR 为 75.00%。2 组 RR 和 DCR,观察组均高于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组实体瘤近期疗效比较

组别	CR (例)	PR (例)	SD (例)	PD (例)	RR (%)	DCR (%)
对照组($n=40$)	0	20	10	10	50.00	75.00
观察组($n=40$)	0	28	10	2	70.00*	95.00*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 中医证候评分比较 观察组积分在治疗后较治疗前显著下降($P < 0.05$);对照组治疗前后积分差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后积分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 2 组体重和 KPS 评分比较 体重和 KPS 评分,观察组在治疗后较治疗前显著提高,差异有统计学意义($P < 0.05$);对照组治疗前后差异无统计学意义($P > 0.05$);2 组治疗后比较,观察组体重和 KPS 评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 2 组 QOL-C30 评分比较 治疗后 2 组 QOL-C30 评分较治疗前增加,其中观察组治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组评分显著

高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 3 2 组中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	证候评分
对照组($n=40$)	
治疗前	8.93 ± 1.00
治疗后	4.99 ± 0.90
观察组($n=40$)	
治疗前	8.07 ± 1.02
治疗后	3.11 ± 0.98* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 4 2 组体重和 KPS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	体重(kg)	Karnofsky 评分(分)
对照组($n=40$)		
治疗前	50.12 ± 6.12	62.23 ± 7.84
治疗后	51.07 ± 9.20	63.01 ± 9.09
观察组($n=40$)		
治疗前	49.96 ± 7.22	60.23 ± 8.59
治疗后	58.60 ± 7.61* Δ	68.97 ± 7.30* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 5 2 组 QOL-C30 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	QOL-C30 评分
对照组($n=40$)	
治疗前	60.32 ± 7.09
治疗后	68.12 ± 8.11
观察组($n=40$)	
治疗前	59.69 ± 8.13
治疗后	77.23 ± 8.32* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.5 2 组不良反应比较 2 组均未出现重大不良反应,不良反应主要集中在恶心、呕吐、白细胞计数下降、脱发,发生率接近 50%。观察组少于对照组,且 2 组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 6。

表 6 2 组不良反应比较[例(%)]

组别	白细胞减少	血红蛋白降低	血小板减少	肝功能损害	肾功能损害	恶心呕吐	脱发
对照组(<i>n</i> = 40)							
I 级	7(23. 3)	3(10. 0)	3(10. 0)	3(10. 0)	2(6. 7)	7(23. 3)	19(63. 3)
II 级	11(36. 7)	4(13. 3)	3(10. 0)	1(3. 3)	0	2(6. 7)	5(16. 7)
III 级	8(26. 7)	0	2(6. 7)	0	0	2(6. 7)	4(13. 3)
IV 级	2(6. 7)	0	0	0	0	2(6. 7)	1(3. 3)
总计	29(96. 7)	7(23. 3)	8(26. 7)	4(13. 3)	2(6. 7)	13(43. 3)	29(96. 7)
观察组(<i>n</i> = 40)							
I 级	6(20. 0)	3(10. 0)	3(10. 0)	2(6. 7)	2(6. 7)	5(16. 7)	18(60. 0)
II 级	9(30. 0)	3(10. 0)	3(10. 0)	2(6. 7)	0	2(6. 7)	4(13. 3)
III 级	6(20. 0)	0	1(3. 33)	0	0	2(6. 7)	4(13. 3)
IV 级	0	0	0	0	0	1(3. 3)	0
总计	21(70. 0)	6(20. 0)	7(23. 3)	4(13. 3)	2(6. 7)	10(33. 3)	26(86. 7)

3 讨论

张景岳云：“凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病”^[10]。因此，恶性肿瘤的发生的根本在于正气亏损，尤其是脾肾两脏的不足^[9]。由于外邪侵袭，情志失调、饮食不节，劳欲过度，先天禀赋不足等因素，导致机体长期阴阳失调，脏腑失和，正气耗损，无力抗邪，外来的致癌因子与内生的病理产物相互搏结，气机受阻，痰瘀蕴裹，癌毒内生而成^[11]。胃癌属于中医学上“积聚”“噎膈”等病症范畴，严重影响人类生命健康，大多数患者发现时已经至中晚期，身体状况极差，先后天严重不足，普遍存在中医脾肾两虚的临床表现，化疗药物虽能消减瘤块，达到祛邪目的，但因不良反应大，祛邪同时而大伤元气，导致气虚不运，脾胃受损^[12]；同时因元气大伤，肾精失充，精不养髓，髓不化血以致血液虚少，气血亏虚，进一步发展而致阴阳受损，使气血阴阳、脾肾俱虚^[11]。

脾肾虚弱在胃癌形成过程中起着关键作用。因脾为后天之本，气血生化之源，运化水湿；肾主藏精，主骨生髓，精髓可以化生为血，精血互生，且助脾阳，脾阳虚可导致痰湿内留，郁而化热，热毒内灼，伤阴耗气，从而为瘀成结。主要临床表现为：胃脘胀满隐痛，食少纳呆，疲困乏力，腰膝酸软，少气懒言，大便稀软，口淡不渴等，治疗当以补脾益肾为要^[13-14]。通过健脾补肾，益气活血，则气血生化有源，痰湿去，瘀血除。达到增强机体能力，改善患者临床症状，提高生命质量，延长生命期成为治疗的主要目标^[15]。临床与实验研究表明：中医药针对化疗可起到减毒增效作用，同时改善先后天之脾肾功能，增强脾胃运化，生化气血，以及填精补肾，促进骨髓造血功能的恢复，另外还可以增强机体免疫功能，改善临床症状，提高患者的生命质量^[16]。

扶正防癌方是依据中医“肾藏精生髓”“脾胃为气血生化之源”“精血同源”等理论，结合现代研究结果，追溯古代文献资料，针对本病发生的病因病机，拟定的临床治疗胃癌的复方制剂，具有健脾补肾，益气活血作用^[17]。

方中大剂量应用黄芪、党参能大补元气为君药；茯苓、白术补气健脾，利水渗湿，山萸肉酸微温质润，既能补肾益精，又能温肾助阳，为平补阴阳之要药，熟地黄、肉苁蓉善壮肾阳，暖水脏；二者一润一燥，补肾壮阳而不伤肾阴，且于补益中又具封藏之功，均为臣药；鹿角胶补肾填精为佐，取精血同源之意；淮山药、薏苡仁、鸡内金等为使，助消化健脾以防补药滋腻碍脾，使补而不滞且鸡内金生发胃气，健脾消食，充分体现了治疗时顾护脾胃，保“后天之本”的理论精髓。当归能活血消肿止痛，补中有动，行中有补；与诸药相伍，能增强益气养血之攻，达到补无形之气，而生有形之血的妙处。诸药合力，扶正固本，平衡阴阳、补脾益肾、调补气血，且补而不滞。组方科学严谨。

本研究结果显示，观察组体重和 KPS 评分、中医证候评分、生命质量评分较对照组显著升高($P < 0. 05$)；2 组实体瘤近期疗效比较，差异无统计学意义($P > 0. 05$)；在不良反应方面，观察组不良反应发生率要少于对照组。说明具有补益脾肾作用的扶正防癌方在实体瘤疗效上虽无明显优势，但可使得患者在带瘤生存状况下，促进机体功能恢复，从而临床症状和生命质量得以改善，并在一定程度上抑制化疗药物不良反应，是晚期胃癌患者可选择的有效的临床治疗方法之一。

参考文献

[1] Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence,

(下接第 1956 页)

治疗前后 PSQI,除睡眠药物使用外,2 组评分均较治疗前降低,观察组睡眠检测评分下降明显。3 个月随访痛觉过敏缓解,说明随着疼痛程度减轻及时间减少,患者睡眠情况逐渐好转,能显著改善患者生活质量,减少 PHN 的发生。我们认为,通过 SGB 及时阻断痛觉的中枢神经传导通路,药物直达病所,快速镇痛,起到及时抗病毒抗炎止痛的作用,并且减少 PHN 的发生率,血府逐瘀片口服,起到活血化瘀,理气止痛的作用,缓解患者疼痛,两者治疗手段相得益彰,临床疗效显著,内外标本兼治。研究表明,血府逐瘀片联合 SGB 治疗上肢 HZ 安全、有效,能缩短带状疱疹疼痛病程,及时缓解患者疼痛,改善患者整体生活睡眠质量,且无明显不良反应。

参考文献

- [1] 张京,李霞,王艳. 普瑞巴林联合星状神经节阻滞治疗头面带状疱疹后神经痛的疗效分析[J]. 新疆医学,2013,43(10):54-56.
- [2] 刘全知. 多种因素及中药干预对带状疱疹后遗神经痛的影响[D]. 湖北:湖北中医药大学,2010.
- [3] 神经病理性疼痛诊疗专家组. 神经病理性疼痛诊疗专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志,2013,19(12):705-710.
- [4] Gan EY, Tian EA, Tey HL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia[J]. Am J Clin Dermatol,2013,14(2):77-85.

(上接第 1952 页)

- mortality, and prevalence across five continents; defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world[J]. J Clin Oncol,2006,24(14):2137-2150.
- [2] 施俊,秦志丰,李勇进,等. 胃癌中医辨证准确度分析[J]. 云南中医学院学报,2011,34(6):51-52.
- [3] 温而新,熊一向. 中西医结合治疗晚期胃癌 24 例临床观察[J]. 江西中医学院学报,1997,9(3):11-13.
- [4] 李建群,朱云根. 奥沙利铂联合 5-氟尿嘧啶、亚叶酸钙化疗晚期胃癌的临床研究[J]. 临床医学工程,2014,21(11):1447-1448.
- [5] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊治规范(合订本)(第 3 分册)[S]. 2 版. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1991:58-59.
- [6] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:139-143.
- [7] 王崇华,陈明清,张灿珍,等. 癌症患者生命质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评介[J]. 实用肿瘤杂志,2005,20(4):353-355.
- [8] 黄成汉,胡献国. 怎样辨证治疗胃癌[J]. 中医杂志,2009,50(8):759-760.
- [9] 吴洁,蒋明. 金匮要略白话解读[M]. 长沙:湖南科学技术出版

- [5] Tajima K, Iseki M, Inada E, et al. The effects of early nerve blocks for prevention of postherpetic neuralgia and analysis of prognostic factors[J]. Masui,2009,58(2):153-159.
- [6] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 2 版. 北京:人民军医出版社,2006:7-8.
- [7] 李莎,李进芹,张鑫,等. 带状疱疹伴左上肢运动性麻痹 1 例[J]. 遵义医学院学报,2013,36(5):486-487.
- [8] Palmeira CC, Ashmawi HA, Posso Ide P. Sex and pain perception and analgesia[J]. Rev Bras Anesthesiol,2011,61(6):814-828.
- [9] Rohof OJ. Caudal Epidural of Pulsed Radiofrequency in Post Herpetic Neuralgia(PHN); Report of Three Cases[J]. Anesth Pain Med,2014,4(3):e16369.
- [10] 王秋石,卜慧娟,张慧谦. 星状神经节阻滞治疗急性头面部带状疱疹[J]. 贵阳医学院学报,2015,38(4):391-393.
- [11] 孟庆云,柳顺锁,刘志双. 神经阻滞学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:318-319.
- [12] 郭政,王国年. 疼痛诊疗学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2016:63-81.
- [13] 罗家胜,秦晓民,梁海莹,等. 血府逐瘀口服液治疗带状疱疹后遗神经痛 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(12):62-63.
- [14] 马晓娟,张维娜. 血府逐瘀片联合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察[J]. 医学研究与教育,2013,30(6):47-50.

(2017-07-14 收稿 责任编辑:杨觉雄)

社,2010:115.

- [10] 石海澄,黄笃高. 运用中西医结合治疗胃癌的体会[J]. 中医药导报,2007,13(12):49,63.
- [11] 刘声. 孙桂芝肿瘤病中医临证实录[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:48.
- [12] 魏品康,许玲,孙大志,等. 痰与胃癌发生发展的关系[J]. 中医杂志,2006,47(3):166-168.
- [13] 孙燕. 肿瘤内科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2001:994-997.
- [14] 石远凯,孙燕. 临床肿瘤内科手册[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2015:526-539.
- [15] 谌玉佳. 334 例肺癌患者终末期治疗的回顾性研究[D]. 北京:北京中医药大学,2015.
- [16] Xing P, Li J, Shi Y, et al. Recurrent response to advanced lung adenocarcinoma with erlotinib developing leptomeningeal metastases during gefitinib therapy and two case reports[J]. Thorac Cancer,2014,5(1):38-42.
- [17] 石怀芝. 孙桂芝辨证治疗中晚期胃癌的经验[J]. 北京中医,2003,22(2):13-14.

(2017-11-27 收稿 责任编辑:杨觉雄)