

扶正解毒方联合艾灸对鼻咽癌患者放化疗后口腔黏膜损伤及炎症反应的影响

王杰 黄韵 劳国平 梁健忠

(广西壮族自治区梧州市红十字会医院中医科,梧州,543002)

摘要 目的:探讨扶正解毒方加减联合艾灸对鼻咽癌患者放化疗后口腔黏膜损伤及炎症反应的影响。方法:选取2016年1月至2017年10月梧州市红十字会医院收治的鼻咽癌患者105例为研究对象,所有患者均行放化疗治疗,之后按照治疗方法的不同分为中药+艾灸组、中药组与对照组,每组35例。观察3组患者临床疗效;比较3组患者放化疗后口腔黏膜损伤状况;检测并比较3组血清中炎症反应因子水平。结果:治疗后中药+艾灸组、中药组、对照组的总有效率分别为77.14%、61.76%、58.82%,3组间总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$),且中药+艾灸组总有效率高出中药组与对照组。治疗后中药+艾灸组放射性口腔黏膜炎分级为I级、II级的患者例数较治疗前显著增加,III级、IV级患者例数显著减少,且I级患者例数/III级、IV级患者例数分别显著少于/多于中药组与对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗后中药+艾灸组、中药组患者口腔内PH值及3组VAS评分较治疗前显著下降,且中药+艾灸组显著低于中药组与对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗后3组血清中TGF- β 1、IL-6、CRP水平均较治疗前显著下降,且中药+艾灸组显著低于中药组与对照组($P < 0.01$)。治疗后3组间消化道反应、骨髓抑制及唾液腺损伤等不良反应发生率差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:扶正解毒方加减联合艾灸可有效减轻鼻咽癌患者放化疗后口腔黏膜损伤,并控制炎症反应进展,提升整体疗效。

关键词 扶正解毒方加减;艾灸;鼻咽癌;放化疗;口腔黏膜损伤;炎症反应

Effects of Fuzheng Jiedu Decoction Combined with Moxibustion on Oral Mucosal Injury and Inflammation in Patients with Nasopharyngeal Carcinoma after Radiotherapy and Chemotherapy

Wang Jie, Huang Yun, Lao Guoping, Liang Jianzhong

(Department of Traditional Chinese Medicine, Wuzhou Red Cross Hospital, Wuzhou 543000, China)

Abstract Objective: To study the effects of Fuzheng Jiedu Decoction combined with moxibustion on oral mucosal injury and inflammation in patients with nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy and chemotherapy. **Methods:** A total of 103 patients with nasopharyngeal carcinoma admitted to Wuzhou Red Cross Hospital from January 2016 to October 2017 were selected as the research objects. All patients were treated with radiotherapy and chemotherapy. Then they were divided into Chinese herbal medicine + moxibustion group, Chinese herbal medicine group and control group according to the different treatment methods, (35 vs 34 vs 34). The clinical efficacy of 3 groups of patients was observed. The oral mucosal lesions after radiotherapy and chemotherapy were compared among 3 groups, and the levels of serum inflammatory factors were detected and compared among 3 groups. **Results:** After treatment, the total effective rates of Chinese herbal medicine + moxibustion group, Chinese herbal medicine group and control group were 77.89%, 65.66% and 59.00% respectively. There were significant differences among 3 groups, and the total effective rate of Chinese herbal medicine + moxibustion group was higher than that of Chinese herbal medicine group and control group ($P < 0.01$). After treatment, the number of patients with radiation oral mucositis grade I and II of Chinese herbal medicine + moxibustion group increased significantly, and the number of patients with radiation oral mucositis grade III and IV decreased significantly. The ratio of patients with radiation oral mucositis grade I to grade III was significantly less than in Chinese herbal medicine group and control group. The ratio of patients with radiation oral mucositis grade I to grade IV was more than in Chinese herbal group and control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). After treatment, PH value in oral cavity and the VAS scores of 3 groups were significantly lower than those before treatment. Chinese herbal medicine + moxibustion group was significantly lower than that of Chinese herbal group and control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). After treatment, the serum levels of TGF- β 1, IL-6, CRP in 3 groups decreased significantly than those before treatment. The Chinese medicine + moxibustion group were significantly lower than those in Chinese herbal group and control group ($P < 0.01$). After treatment, there was no significant difference in the incidence of adverse reactions such

as gastrointestinal reaction, bone marrow suppression and salivary gland injury ($P > 0.05$). **Conclusion:** Fuzheng Jiedu Decoction combined with moxibustion can effectively alleviate oral mucosal injury in patients with nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy and chemotherapy, control the progress of inflammation, alleviate other adverse reactions, and enhance the overall efficacy.

Key Words Fuzheng Jiedu decoction; Moxibustion; Nasopharyngeal carcinoma; Radiotherapy and chemotherapy; Oral mucosa injury; Inflammation

中图分类号: R273; R245.81 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.12.042

近年来,全世界范围内鼻咽癌的发病率逐渐升高,临床主要通过放化疗治疗鼻咽癌,但治疗过程中放射线无法避免地对患者口腔黏膜造成损伤,此外剧烈疼痛、进食困难等降低了患者在放射治疗中的依从性,因此临床治疗效果受到影响^[1-2]。因此如何预防或减轻放化疗引起的口腔黏膜损伤,抑制口腔炎症性反应成为临床治疗难点。中医认为正气虚则成岩,肝脾受损、营气内虚、痰瘀内积、邪盛渐起是鼻咽癌的发病机制^[3]。放化疗引发的口腔黏膜损伤及炎性反应等属于“热毒”之邪,毒热之邪耗损阴津,进而导致气血、肌肤受损,扶正解毒方在扶正之余具有增效减毒的功效;艾叶可通经、活络、温阳,在灸法下释放药性与热性以达到治疗目的^[4-5]。本研究着重探讨扶正解毒方联合艾灸对鼻咽癌患者放化疗后口腔黏膜损伤及炎性反应的影响。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 10 月梧州市红十字会医院收治的鼻咽癌患者 105 例为研究对象,所有患者均行放化疗治疗,之后按照治疗方法的不同分为中药+艾灸组、中药组与对照组,每组 35 例,中药组与对照组各脱落 1 例,3 组间一般资料比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 3 组一般资料比较

组别	平均年龄 (岁)	性别 (男/女,例)	KPS 平均评分 (分)
中药+艾灸组($n=35$)	47.08 ± 10.26	17/18	85.29 ± 2.72
中药组($n=34$)	46.32 ± 10.54	19/15	83.16 ± 3.03
对照组($n=34$)	47.66 ± 9.65	18/16	84.80 ± 2.95

1.2 诊断标准 西医诊断依据参照相关文献^[6];放射性口腔黏膜炎诊断依据为《肿瘤放射治疗学》^[7];中医诊断依据为《中医病证诊断疗效标准》^[8],辨证分型为阴虚内热证。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准者;经病理学检查确诊为鼻咽癌者;可以耐受放化疗治疗者;治疗前无明显口腔咽喉炎性反应者;患者及其家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并心血管循环系统、泌尿系统、造血系统、消化系统疾病者;精神疾病患者;对研究所用药物存在严重过敏反应者等。

1.5 脱落与剔除标准 治疗中发生严重不良反应需中断治疗者;治疗中途加入其他临床研究或自行使用影响疗效判定药物者;研究资料不全者等。

1.6 治疗方法 3 组患者均行放化疗治疗:采用 Varian Eclipse 8.6 计划系统进行三维适形放疗,放疗剂量为 1.80 ~ 2.18 Gy, 5 次/周;鼻咽部照射剂量 66 ~ 72 Gy, 32 ~ 36 次;颈淋巴结转移灶根治剂量 64 ~ 66 Gy, 30 ~ 33 次;颈部淋巴结区域预防剂量 50.4 Gy, 28 次;采用 TP 方案进行化疗, 120 mg 紫杉醇 d1 ~ d8, 40 mg 奈达铂 d2 ~ d4。对照组于放化疗结束后采用常规治疗,给予复方硼砂含漱液(上海运佳黄浦制药有限公司,国药准字 H31022772, 250 mL/瓶),使用时含漱, 15 mL/次,加 5 倍量温水稀释后漱口用, 3 ~ 4 次/d。中药+艾灸组采用扶正解毒方联合艾灸进行治疗,扶正解毒方:取黄芪、潞党参、炒白术、薏苡仁各 30 g, 制黄精、云灵芝各 20 g, 山慈菇、醋莪术、蛇舌草、藤梨根各 10 g, 以水煎煮浓缩至 300 mL, 1 剂/d, 每日早晚温服;艾灸:在开始化疗后第 1 d 行膈盐艾灸神阙穴, 1 次/d, 10 壮/次(艾炷底径 1.5 cm, 高 2 cm, 重 64 g), 疗程共计 30 次。中药组单独采用扶正解毒方进行治疗,连续治疗 3 个月。

1.7 观察指标 1) 观察 3 组患者临床疗效; 2) 比较 3 组患者治疗前后口腔黏膜损伤状况,放射性口腔黏膜炎诊断标准:轻度疼痛,黏膜充血或红肿为 I 级;中度疼痛但可进流质食物,片状黏膜炎,具有炎性分泌物、水肿或溃疡为 II 级;重度疼痛,吞咽困难,黏膜融合的纤维性黏膜炎,严重水肿或溃疡为 III 级;重度疼痛难以进食,黏膜溃疡或出血坏死为 IV 级; 3) 分别于治疗前后采用 PH 试纸测试 3 组患者口腔内 PH 值;采用视觉模拟评分法(VAS)评估 3 组患者口腔疼痛状况,分值越高表示疼痛越严重; 4) 采集 3 组患者晨起空腹外周静脉血 3 mL, 3 000 r/min 离心 10 min, 用 ELISA 法检测血清中转化生长因子-β1

(TGF-β1)、白细胞介素(IL-6)及C反应蛋白(CRP)水平;5)统计3组患者治疗后不良反应发生情况,包括消化道反应、骨髓抑制、唾液腺损伤及口腔黏膜反应等。

1.8 疗效判定标准 临床疗效判定标准^[8]:治疗后口腔黏膜红肿、疼痛等症状显著改善,溃疡面积缩小超过50%为显效;治疗后口腔症状有所改善,溃疡面积缩小30%~50%为有效;治疗后口腔症状无变化或恶化,溃疡面积缩小不足30%或扩大为无效。临床总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

1.9 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件对上述指标数据进行分析,计量资料、计数资料分别以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)、百分比(%)表示,分别采用t、χ²检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 治疗后中药+艾灸组、中

药组、对照组的总有效率分别为77.89%、65.66%、59.00%,3组间总有效率比较,差异有统计学意义(P<0.05),且中药+艾灸组总有效率高于中药组与对照组(P<0.01)。见表2。

2.2 3组治疗前后口腔黏膜损伤情况比较 治疗后中药+艾灸组放射性口腔黏膜炎分级为I级、II级的患者例数较治疗前显著增加,III级、IV级患者例数显著减少,且I级患者例数/III级、IV级患者例数分别显著少于/多于中药组与对照组(P<0.05或P<0.01);治疗后中药+艾灸组、中药组患者口腔内PH值及3组VAS评分较治疗前显著下降,且中药+艾灸组显著低于中药组与对照组(P<0.05或P<0.01)。见表3。

2.3 3组治疗前后血清炎性因子水平比较 治疗后3组血清中TGF-β1、IL-6、CRP水平均较治疗前显著下降,且中药+艾灸组显著低于中药组与对照组(P<0.01)。见表4。

表2 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
中药+艾灸组(n=35)	13(37.14)	14(40.00)	8(22.86)	27(77.14)
中药组(n=34)	7(20.59)	14(41.18)	13(38.24)	21(61.76)*
对照组(n=34)	8(23.53)	12(35.29)	14(41.18)	20(58.82)**

注:与中药+艾灸组比较,*P<0.05,**P<0.01

表3 3组治疗前后口腔黏膜损伤情况比较

组别	放射性口腔黏膜炎分级(例)				PH值	VAS评分(分)
	I级	II级	III级	IV级		
中药+艾灸组(n=35)						
治疗前	7	10	10	8	7.04±0.41	4.93±1.68
治疗后	14**	17*	3**	1*	5.58±0.75**	1.52±0.94**
中药组(n=34)						
治疗前	6	9	9	10	7.10±0.38	4.96±1.61
治疗后	8 [△]	11	9 [△]	6 ^{△△}	6.64±0.69** ^{△△}	2.62±1.25** ^{△△}
对照组(n=34)						
治疗前	7	8	12	7	7.08±0.43	5.02±1.57
治疗后	8 ^{△△}	13	8 ^{△△}	5 ^{△△}	6.80±0.65** ^{△△}	2.73±1.30** ^{△△}

注:与治疗前比较,*P<0.05,**P<0.01;与中药+艾灸组比较,[△]P<0.05,^{△△}P<0.01

表4 3组治疗前后血清炎性因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	TGF-β1(μg/L)	IL-6(μg/L)	CRP(mg/L)
中药+艾灸组(n=35)			
治疗前	13.52±0.51	16.24±0.65	22.20±3.85
治疗后	5.16±47.90**	6.77±0.48**	8.04±2.71**
中药组(n=34)			
治疗前	14.03±0.38	16.30±0.59	22.25±3.91
治疗后	9.57±0.82** ^{△△}	13.15±1.01** ^{△△}	12.93±2.47** ^{△△}
对照组(n=34)			
治疗前	14.15±0.54	16.24±0.66	23.03±4.02
治疗后	11.60±1.03** ^{△△}	13.92±1.16** ^{△△}	14.18±3.05** ^{△△}

注:与治疗前比较,*P<0.05,**P<0.01;与中药+艾灸组比较,[△]P<0.05,^{△△}P<0.01

2.4 3组不良反应发生情况比较 治疗后3组间消化道反应、骨髓抑制及唾液腺损伤等不良反应发生率差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表5。

表5 3组治疗后不良反应发生情况比较(例)

组别	分级	消化道反应	骨髓抑制	唾液腺损伤
中药+艾灸组($n=35$)	0级	10	7	5
	I级	9	9	11
	II级	7	12	12
	III级	6	6	5
	IV级	3	1	2
中药组($n=34$)	0级	5	7	7
	I级	6	10	10
	II级	14	9	10
	III级	5	6	3
	IV级	4	2	4
对照组($n=34$)	0级	4	6	8
	I级	6	9	8
	II级	10	11	10
	III级	9	4	5
	IV级	5	4	3

3 讨论

鼻咽部恶性肿瘤在我国南方地区发病率较高,且由于鼻咽部特殊解剖结构所致,放化疗治疗后极易造成口腔黏膜损伤及炎性反应的发生,这是因为放射线会损伤口腔黏膜毛细血管,致使局部出现循环障碍,引发口腔黏膜水肿、充血,严重者甚至发生唾液分泌功能障碍^[9-10]。放射性口腔黏膜炎的发生使得口腔中细菌集聚,增加了感染风险,因此严重降低鼻咽癌患者的生命质量及治疗依从性,基于上述现状,临床开始探索行之有效的治疗方法。

中医学认为放射治疗中的X射线为火邪之毒,可伤阴耗津,损害脾胃运化功能,久而久之导致气阴两虚,血瘀或瘀毒热盛,虚、火、痰三者互为因果,共同构成鼻渊发生的病机。中医治疗鼻渊多辨病与辨证相结合,遵循清热解毒、养阴生津、凉血活血、补气健脾、固本扶正等方针^[11-12]。《医学心悟·火字解》中将火分为内、外火,并认为外火宜“驱”,内火则需依照“达、滋、温、引”的方法进行化解。本研究所应用的扶正解毒方中黄芪补气升阳、益卫固表、脱毒生肌;潞党参补中益气,健脾益肺;炒白术健脾益气,与薏苡仁共同发挥利水渗湿、祛湿除痹的功效;制黄精补脾润肺,养阴生津;云灵芝益肾利尿;山慈菇清热解毒、消痈散结;醋莪术行气破血、消积止痛;蛇舌草清热解毒,消痈散结,利尿除湿;藤梨根清热解毒、祛风除湿;全方共奏清热解毒、扶本固正、化痰燥湿的作用^[13-14]。隔盐艾灸神阙穴具有健脾益肾、回阳苏

厥的功效,在多种疾病的防治中具有显著作用^[15];李金红等^[16]研究显示,隔盐艾灸神阙穴可显著降低鼻咽癌患者放化疗后血清中中分子物质(MMS)及丙二醛(MDA)水平,从而提升机体对过氧化自由基的清除力,减轻放化疗对机体的损伤。本研究结果显示,治疗后中药+艾灸组总有效率高于中药组与对照组;治疗后中药+艾灸组放射性口腔黏膜炎分级为I级、II级的患者例数较治疗前显著增加,III级、IV级患者例数显著减少,且I级患者例数/III级、IV级患者例数分别显著少于/多于中药组与对照组;治疗后中药+艾灸组、中药组患者口腔内PH值及3组VAS评分较治疗前显著下降,且中药+艾灸组显著低于中药组与对照组,提示扶正解毒方联合艾灸对鼻咽癌患者放化疗后的口腔黏膜损伤的改善作用最为显著,调节口腔内PH值并缓解患者疼痛。

扶正解毒方具有较强的抗菌、抗炎作用,且可提高患者整体躯体功能,提高机体免疫能力,增强其对炎性反应物质的消除能力^[17-18];艾灸具有调整脏腑阴阳气血及邪正虚实的效果,从整体调节患者机体功能,且可调节其免疫功能,促进免疫器官功能恢复正常,从而发挥抗炎效果^[19-20]。本研究结果显示,治疗后3组血清中TGF- β 1、IL-6、CRP水平均较治疗前显著下降,且中药+艾灸组显著低于中药组与对照组;治疗后中药+艾灸组0级、I级消化道反应患者例及III级骨髓抑制患者例数少于中药组及对照组,0级、I级骨髓抑制患者例数少于对照组,提示扶正解毒方联合艾灸可显著降低鼻咽癌患者放化疗后血清中炎性因子水平,减少其他不良反应的发生,提升整体治疗效果。

综上所述,扶正解毒方联合艾灸可显著降低鼻咽癌患者放化疗后口腔黏膜损伤,有效减少炎性反应及其他不良反应的发生,临床疗效及安全性值得信赖。

参考文献

- [1]古琨如,余芳菲,王婷.针刺联合低温冲击法结合康复训练对鼻咽癌放疗患者颈部肌肉纤维化和生命质量的影响[J].世界中医药,2017,12(8):1901-1904.
- [2]张小红,张海霞,余伟,等.鼻咽癌调强放疗与适形放疗的疗效和不良反应比较研究[J].贵州医药,2014,38(2):109-112.
- [3]张钦华,邹雨荷,李坊铭,等.奈达铂与顺铂联合同期调强治疗对鼻咽癌的疗效[J].贵州医科大学学报,2017,42(7):859-862.
- [4]高志远,徐湘江,李卫民,等.肝动脉化疗栓塞术联合扶正解毒方治疗原发性肝癌临床回顾性分析[J].中西医结合肝病杂志,2015,4(2):108-109.

(下接第3133页)

综上所述,本研究采用针灸联合半夏白术天麻汤治疗椎基底动脉供血不足风痰上扰型眩晕可有效改善患者脑动脉血流灌注,改善局部脑组织缺血缺氧的状态,对眩晕的治疗具有较好的疗效,值得应用于临床眩晕患者的治疗中。

参考文献

[1]张滨斌,寇兰俊,梁晋普,等.306例头晕患者的临床资料及中医证候分析[J].中国中西医结合急救杂志,2011,18(4):237-238.

[2]杜青,顾宝东.半夏白术天麻汤加减联合舒地尔注射液治疗后循环缺血性眩晕(风痰上扰型)的临床疗效观察[J].中国医药指南,2015,13(31):181-182.

[3]陆玲玲,董昌武.王不留行耳穴贴压治疗风痰上扰型眩晕疗效观察[J].中医药临床杂志,2014,26(10):1012-1013.

[4]葛均波.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013.

[5]吴勉华.中医内科学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2012.

[6]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.

[8]刘孟珍,王茜.半夏白术天麻汤加减治疗脾虚湿盛痰浊上扰型眩晕疗效观察[J].四川中医,2016,34(12):150-152.

[9]苏瑾,王宝亮,张志军.针刺联合定眩通络汤治疗颈性眩晕40例[J].中医研究,2018,31(3):59-61.

[10]李桂杰,海英.眩晕中医病因病机探析[J].辽宁中医药大学学报,2017,4(9):179-182.

[11]蒋文潇,王保和.从气虚角度探讨眩晕与高血压病机的相关性[J].西部中医药,2014,27(3):61-63.

[12]张妍翎,裴英,杨冬玲.天麻钩藤饮加减治疗高血压眩晕29例[J].陕西中医,2007,28(10):1298-1299.

[13]王文斌,胡文彬,高伟明,黄晓峰.半夏白术天麻汤加减治疗眩晕临床研究概况[J].中医药临床杂志,2016,28(2):273-275.

[14]周明,刘志军,常峥.针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2014,34(3):50-53.

[15]陈睿,孙苏闻,孔婷婷,等.加味益气聪明汤联合针灸治疗气血亏虚型颈性眩晕效果观察[J].山东医药,2016,56(18):59-61.

[16]惠振,王敬卿.定眩颗粒治疗椎-基底动脉供血不足风痰瘀阻型眩晕的临床研究[J].陕西中医学院学报,2013,36(6):53-55.

[17]薛瑞文,陈荣,路亚娥,等.综合疗法治疗风痰上扰证眩晕50例疗效观察[J].山东中医药大学学报,2015,39(2):146-147+159.

[18]张海芝.中药配合针刺治疗风阳上扰型眩晕的临床疗效观察[J].中国医药指南,2015,13(22):203.

[19]雷华斌,张恒.半夏白术天麻汤配合耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效及对血脂代谢影响[J].世界中医药,2016,11(10):2039-2042.

[20]李芳,李霞.半夏白术天麻汤联合血府逐瘀汤佐治高血压病的疗效及对内皮功能的影响[J].广东医学,2014,30(6):936-937.

(2018-09-17 收稿 责任编辑:芮莉莉)

(上接第3129页)

[5]孙存桂.穴位按摩配合艾灸缓解恶性肿瘤化疗患者恶心呕吐的效果观察[J].实用临床医药杂志,2014,18(22):153-153.

[6]张国义.鼻咽癌咽后淋巴结转移的MRI诊断标准及其规律的研究[D].广州:中山大学,2006.

[7]徐向英,曲雅勤.肿瘤放射治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2010:150-151.

[8]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.

[9]Blanchard P, Lee A, Marguet S, et al. Chemotherapy and radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma: an update of the MAC-NPC meta-analysis[J]. Lancet Oncology, 2015, 16(6):645-655.

[10]金迎迎,苏王辉,王亚利,等.复方苦参注射液治疗局部晚期鼻咽癌同期放疗所致急性口腔黏膜损伤的疗效[J].现代肿瘤医学,2016,24(12):1883-1886.

[11]李荣兴,贾彬.分析中医辨证治疗对放疗鼻咽癌患者生存率的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(4):135-135,137.

[12]吴婷,田道法,周振峰.鼻咽癌放疗后康复期中医病机特点研究现状[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2016,24(1):76-80.

[13]刘浩,方素萍,赵志正,等.扶正解毒方选择性抑制肿瘤血管生成及调控 VEGF/VEGFR-2 信号通路的实验研究[J].中国中医药科技,2015,22(6):626-628.

[14]刘晓芸,赵秀梅,张桂贤,等.扶正解毒祛瘀方对大肠癌术后化疗增效减毒的作用[J].中国中西医结合外科杂志,2016,22(2):150-156.

[15]查必祥,杨骏,石菲菲.神阙穴隔盐灸疗法的理论探讨与临床应用[J].云南中医学院学报,2013,36(3):95-98.

[16]李金红,张萌,肖丽,等.药灸神阙穴疗法改善恶性肿瘤化疗后外周血象及生命质量的探讨[J].陕西中医,2016,37(5):617-618.

[17]叶明,高坤.扶正解毒方联合化疗治疗肺癌临床研究[J].河南中医,2016,36(1):107-109.

[18]李延晖,张蓉,邹练,等.八珍汤、六味地黄丸、自拟扶正解毒方剂对~(60)Co γ -射线致大鼠生殖系统损伤的防治作用[J].山东医药,2014,54(43):28-30.

[19]侯新芳,倪光夏.艾灸治疗恶性肿瘤研究进展[J].世界中西医结合杂志,2014,9(1):101-104.

[20]党东,雷斌.艾灸、穴位注射、药物治疗对肿瘤气血亏虚证患者生命质量的影响[J].陕西中医,2015,36(9):1197-1198.

(2018-10-29 收稿 责任编辑:王明)