

---

# 中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 017—2021

---

## 肺癌中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Lung Cancer with the  
Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

2021 - 8 - 11 发布

2021 - 8 - 23 实施

---

中国中西医结合学会 发布



# 目 次

前 言 .....	I
引 言 .....	II
肺癌中西医结合诊疗专家共识 .....	1
1 范围 .....	1
2 肺癌的定义 .....	1
3 肺癌的发病机制和病因病机 .....	1
4 诊断与分期 .....	2
4.1 诊断 .....	2
4.2 肺癌组织学分类、分子病理诊断、分期 .....	4
4.3 中医辨证分型 .....	4
5 肺癌的中西医结合治疗 .....	5
5.1 治疗原则 .....	5
5.2 肺癌的治疗 .....	6
5.2.1 西医治疗 .....	6
5.2.2 中医治疗 .....	7
5.2.3 肺癌常见副反应的中医药治疗 .....	13
6 肺癌的中西医结合护理调养 .....	19
6.1 生活护理 .....	19
6.2 饮食调护 .....	20
6.3 心理疏导 .....	21
7 展望 .....	21
附录 A（规范性）2015 年 WHO 肺癌组织学分类 .....	23
附录 B（规范性）UICC/AJCC 第 8 版肺癌 TNM 分期 .....	25
附录 C（规范性）中医药干预措施评价方法 .....	28
附录 D（资料性）参与制定人员名单 .....	29
利益冲突声明 .....	30
参考文献 .....	31

## 前 言

本共识按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本共识由中国中西医结合学会提出并归口。

本共识起草单位:广州中医药大学第一附属医院,中山大学附属肿瘤医院。

本共识主要起草人:林丽珠,王思愚,黄学武。

## 引 言

随着人口老龄化和环境污染等因素的日益严重，肺癌的发病率逐年提高。根据国家癌症中心 2019 年发布的数据显示，2015 年我国肺癌发病率是 57.26/10 万，其中男性 73.9/10 万，女性 26.7/10 万，居恶性肿瘤第 2 位<sup>[2]</sup>。肺癌的死亡率达到 45.87/10 万，肺癌已经成为我国发病率和死亡率最高的恶性肿瘤，严重危害人民的生命健康。继手术、化疗和放疗三大常规治疗手段之后，肺癌的中医药治疗在近年来开展了众多高水平的循证医学研究，逐步形成了中西医结合治疗肺癌的理论和方法，提高了肺癌综合治疗的疗效。因此，迫切需要为肿瘤专业的广大医务工作者提供有应用价值的中西医结合肺癌诊疗规范或专家共识，从而最大程度提高我国中西医结合治疗肺癌的疗效和水平。

重大疑难疾病中西医临床协作试点项目（肺癌）于 2018 年 2 月获得国家中医药管理局联合国家卫生健康委、中央军委后勤保障部卫生局的批准立项，牵头单位为广州中医药大学第一附属医院，协作单位为中山大学附属肿瘤医院。自项目获批以来，两家单位积极响应上级相关部门的号召，凭借多年的合作基础，强强联合，相互支持，发挥合作优势，以肺癌为试点项目探讨中西医结合协作诊疗的模式。通过项目的实施，两家单位制订并优化了独具特色的肺癌中西医结合诊疗方案，形成了良好的中西医合作机制，进一步引领了我国中西医结合肺癌学科发展。

2020 年 8 月，在国家中医药管理局医政司统筹安排下，广州中医药大学第一附属医院联合中山大学附属肿瘤医院的肿瘤专家，结合重大疑难疾病中西医临床协作试点项目（肺癌）的主要成果，编写了该本《重大疑难疾病中西医临床协作试点项目·肺癌中西医结合诊疗专家共识》，并组织国内多家医院的肿瘤专家对共识进行审定和论证，三易其稿，最终成文。本共识从中西医结合角度，描述了肺癌的病因病机、临床表现、诊断原则等，并重点阐述了中西医结合治疗肺癌的思路、原则及具体诊疗常规等，是一本理论与实践内容兼备的实用性专业共识。希望广大肿瘤医务工作者通过对本共识的学习，可以进一步掌握中西医结合治疗肺癌的诊疗方法，提升中西医结合治疗肺癌的诊疗水平，为进一步开展肿瘤学临床和科研工作打下坚实的基础。

# 肺癌中西医结合诊疗专家共识

## 1 范围

本共识以肺恶性肿瘤患者为对象，依托重大疑难疾病中西医临床协作试点项目（肺癌）制定。本共识详细介绍了肺恶性肿瘤的发病机制与病因病机、诊断要点以及中西医结合治疗在肺癌术后康复、化疗、放疗、靶向治疗、中医药治疗等阶段的全程管理。共识突出中西医结合在治疗肺恶性肿瘤的特色，坚持中西医并重，推动中医和西医相互补充。适用广大肿瘤科、呼吸科、中医科以及中西医结合相关科室医疗人员，尤其是基层医师参考应用。

## 2 肺癌的定义

肺癌（lung cancer），全称为原发性支气管肺癌，起源于支气管黏膜、腺体或肺泡上皮的肺部恶性肿瘤。肺癌大致可以分为非小细胞肺癌（non-small cell lung cancer, NSCLC）和小细胞肺癌（small cell lung cancer, SCLC）两大类，其中非小细胞肺癌约占 80%~85%，其余为小细胞肺癌。我国的肺癌发病率和死亡率一直呈上升趋势<sup>[1]</sup>。

本病属于中医“肺积”、“息贲”等范畴，现中医病名统称为“肺癌病”。

## 3 肺癌的发病机制和病因病机

肺癌相关的常见病因包括吸烟、职业和环境污染，同时也与电离辐射、遗传、病毒等相关。吸烟是肺癌的首要危险因素。石棉等特殊职业接触可增加肺癌的发病率。室外空气污染物中的致癌物，包括苯并芘等与肺癌的发生相关。肺癌患者中存在家族聚集现象，说明遗传因素可能对环境致癌物易感的人群和（或）个体起重要作用。

肺癌的发生也是多因素多步骤的过程。目前已知与非小细胞肺癌临床诊疗相关的基因主要有 KRAS、EGFR、ALK、ROS1、RET、NTRK 等。非小细胞肺癌的抑癌相关基因主要包括 P53、PTEN、TSC1、ARID1A 等。小细胞肺癌中，P53 和 RB 基因突变率都达到 90%以上。这些变异基因的功能需要继续深入研究，从而为未来的疾病精准诊治和监测提供资料。

中医认为，肺癌总体病性属于因虚致实、虚实夹杂。肺癌发病以正气亏虚为先，因阴阳失调，六淫之邪乘虚而入，邪滞于肺，致肺气失和，宣降失司，气机不利，血行受阻，津液失布，凝聚为痰，痰凝气滞，血瘀阻于脉络，日久形成肺积。“虚”、“痰”、“瘀”、“毒”为

肺癌的四大致病要素，贯穿肺癌的整个发病过程。本虚则以气虚、阴虚、气血两虚为多见，标实则痰凝、气滞、血瘀、毒结为多见，临床上表现出复杂多样的证型。

肺癌病位在肺，与肺、脾、肾三脏功能失调密切相关<sup>[3]</sup>，肺脾气虚是肺癌发病的内在根本原因。在发病早期，以肺郁痰瘀多见，治疗以宣肺理气、化痰祛瘀为主；至疾病中期，脾气受损，运化失常，痰湿内蕴，辨证以肺脾气虚或脾虚痰湿为主，治疗以益气健脾、培土生金为要；随着疾病的发展，气阴耗伤，虚损及肾，以致气阴两虚、肾阳不足，治疗上注重益气养阴、温阳补肾。在邪实方面，“痰”、“瘀”、“毒”搏结是肺癌的重要病理特点，因肺、脾、肾三脏功能失调，津液失于输布、温化，以致聚湿生痰，痰瘀毒结。故中医治疗在扶正的同时，亦需兼顾祛邪，治疗当灵活运用化痰利湿、活血祛瘀、解毒散结等治法。

## 4 诊断与分期

### 4.1 诊断

肺癌的诊断思路基于患者的临床症状、体征，通过影像学检查得到临床诊断及 TNM 分期，进一步明确病理学(包括组织或细胞学)及分子诊断。肺癌的早期诊断具有重要的临床意义，只有在病变早期得到诊断和治疗，才能获得较好的疗效。

#### 4.1.1 症状

早期肺癌症状不明显。肺癌患者常见症状有咳嗽、血痰、胸痛、气促、发热等，其中最常见的症状为咳嗽，最有诊断意义的症状为血痰。当肿瘤在胸腔内侵及周围组织时，可出现累及喉返神经的声音嘶哑、上腔静脉阻塞综合征、霍纳氏综合征等。当肿瘤远处转移至骨、脑、肝、肾上腺、皮下及其它脏器时，可引起相应器官转移的临床表现。此外，部分患者可出现副肿瘤综合征，包括抗利尿激素分泌异常综合征、高钙血症、库欣综合征、类癌综合征及肥大性肺骨关节病等。

#### 4.1.2 体征

早期肺癌体征不明显。肿瘤向支气管生长或转移淋巴结压迫主气管引起部分气道阻塞时，可有呼吸困难、气短、喘息，听诊时可发现哮鸣音。锁骨上淋巴结是肺癌转移的常见部位。典型者位于前斜角肌区，固定且坚硬，可融合，多无痛感。肋骨、脊柱受侵犯时可有压痛点，肿瘤压迫肋间神经时胸痛可累及其分布区。部分患者有不同程度胸水，患侧肺部呼吸音减弱，叩诊浊音。出现上腔静脉综合征时表现为头面部和上半身瘀血水肿，颈部肿胀，颈静脉扩张，

胸前壁可见扩张的静脉侧支循环。肺上沟瘤易压迫颈部交感神经，引起患侧眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷，同侧额部与胸壁少汗或无汗。

### **4.1.3 主要检查**

#### **4.1.3.1 影像学检查**

胸部 X 线检查：是肺癌最基本的影像学检查方法之一，但因为胸部 X 线的分辨率较低，且有检查盲区，不常规推荐用于肺癌的筛查和检查。

CT 检查：胸部 CT 可以有效检出早期周围型肺癌，明确病变所在部位和累及范围，对肺癌诊断、分期、疗效评价及治疗后随访有重要意义，也是最重要和最常用的影像学检查。无造影剂过敏的患者一般行增强 CT 检查，以区分肿瘤病灶与邻近的血管和软组织。腹部 CT 可用于检查肝脏、肾上腺、腹腔淋巴结等有无转移。此外，推荐低剂量胸部 CT 用于肺癌的筛查。

MRI 检查：适用于检查脑、脊髓及骨有无转移及评估治疗疗效。

超声检查：可用于检查腹部实性重要脏器以及腹腔、腹膜后淋巴结有无转移。此外，超声常用于胸腔积液及心包积液穿刺抽液时定位。

放射性核素骨扫描检查：是肺癌骨转移的常用检查。

PET-CT 检查：是肺癌诊断、分期与再分期、疗效和预后评估的重要方法之一，同时也是肺癌手术前评估的最佳方法。

#### **4.1.3.2 病理学检查方法**

包括痰细胞学检查、CT 引导下经皮肺穿刺活检术、胸腔穿刺术、胸膜活检术、转移病灶切除或切取活检、内窥镜检查等。内窥镜检查主要是获取细胞或组织送病理学检查，也可用于判断肿瘤分期。主要包括支气管镜检查、经支气管针吸活检术、超声支气管镜检查、超声支气管镜引导下的 TBNA、经支气管肺活检、胸腔镜检查及纵隔镜检查。

#### **4.1.3.3 肿瘤标志物检测**

肺癌相关的血清肿瘤标志物对于疾病的鉴定、早期诊断及预防、治疗过程中的监控可能有一定的帮助。临床常见的肺癌肿瘤标志物包括癌胚抗原（CEA）、细胞角蛋白片段 19 抗原（CYFRA21-1）、鳞状上皮细胞癌相关抗原（SCC）、胃泌素释放肽前体（ProGRP）和神经元特异性烯醇化酶（NSE）等。

## 4.2 肺癌组织学分类、分子病理诊断、分期

### 4.2.1 组织学分类

肺癌可分为非小细胞肺癌和小细胞肺癌，其中非小细胞肺癌组织学上包括鳞癌、腺癌、腺鳞癌、大细胞癌等，具体组织学分型应依据 2015 年 WHO 肺癌组织学分类。腺癌鉴别免疫组化指标为 Napsin-A、TTF-1；鳞癌鉴别指标为 P40、CK5/6、P63；小细胞的鉴别指标为 CD56、Syno、NSE、CgA、Ki-67、TTF-1。具体组织学分类可见 2015 年 WHO 肺癌组织学分类（附录 A）。

### 4.2.2 分期

肺癌的分期依据 UICC/AJCC 第 8 版 TNM 分期标准进行，包括有 I（IA、IB）期、II（IIA、IIB）期、III（IIIA、IIIB、IIIC）期、IV（IVA、IVB）期。具体分期的内容可见 UICC/AJCC 第 8 版肺癌 TNM 分期（附录 B）

### 4.2.3 分子病理诊断

#### 4.2.3.1 单基因检测

对肿瘤组织进行 EGFR 基因突变、ALK 和 ROS1 融合基因检测。有条件者可行 MET 扩增、MET 14 号外显子跳跃突变、HER-2 突变、RET 融合基因、NTRK 融合、BRAF 突变等检测。

#### 4.2.3.2 二代测序技术（NGS）

高通量检测方法一次性发现可靶向的驱动基因，更适合晚期肺癌组织标本量较少的患者<sup>[4]</sup>。

#### 4.2.3.3 液体活检 ctDNA 检测

包括血浆，胸腔积液，脑脊液，适合于肿瘤组织标本无法获取者。

#### 4.2.3.4 PD-L1 表达检测

采用免疫组化法对组织标本检测 PD-L1 表达情况。

## 4.3 中医辨证分型

临床上中西医结合治疗肺癌贯穿术后康复、化疗、放疗、靶向治疗等治疗的全过程，实现中西医治疗的全程管理。临床上肺癌虚实夹杂，可数型并见，常分为以下 5 个基本证型：肺郁痰瘀型、脾虚痰湿型、阴虚痰热型、气阴两虚型、肾阳亏虚型。

## 5 肺癌的中西医结合治疗

### 5.1 治疗原则

早期非小细胞肺癌患者，应进行根治性手术切除，对于心肺功能不能耐受手术患者给予局部放疗或射频消融治疗；对于局部晚期患者，同期放化疗是其标准治疗，部分患者诱导治疗后若影像学重新评估能完全切除者可以考虑手术；晚期患者应采用以全身治疗为主的综合治疗，根据患者的病理类型、分子病理学特征以及患者的机体状态制定个体化的治疗策略，以期最大程度地延长患者生存时间、控制疾病进展程度、提高生活质量。绝大多数小细胞肺癌的治疗以全身化疗为主的综合治疗为原则<sup>[5, 6]</sup>。

对于接受手术、放疗、化疗、靶向等治疗且具备治疗条件的肺癌患者，采用中西医结合的治疗方式。在不同阶段，可起到促进康复、抗复发转移、减毒增效、改善症状、提高生存质量等作用。在辨病的同时，结合辨证进行治疗，始终把握肺癌正虚为本，痰、瘀、毒内结的基本病机，灵活运用“扶正”与“祛邪”基本治疗法则，扶正重在补肺健脾、益气养阴及温补脾肾；祛邪重在化痰散结、祛瘀解毒。随着正邪盛衰演变，调整“扶正”与“祛邪”策略<sup>[7]</sup>。具体治疗策略如下：

#### 5.1.1 手术结合中医治疗

围手术期，以补肺健脾，扶助正气为主，促进术后康复；针对术后无需行辅助治疗或已完成辅助治疗的早期肺癌患者，治疗当扶正祛邪兼顾；术后稳定期，治以健脾化痰、软坚散结，提高机体免疫功能，以期降低复发风险。术后稳定期患者，建议中医治疗周期：1~2年。

#### 5.1.2 化疗结合中医治疗

指在化疗期间所联合的中医治疗，在此阶段，患者多出现脾胃不和、气血亏虚、脾肾不足等证，中医药治疗当固护胃气，灵活运用和胃降逆、益气养血、温补脾肾等法，以缓解毒副反应，提高治疗耐受性<sup>[8]</sup>。中医治疗周期与化疗同步。

#### 5.1.3 放疗结合中医治疗

放疗属“火毒”之邪，易伤及气阴，或肺气郁滞，痰火搏结，久而伤及肝肾之阴。中医治疗以益气养阴、清热解毒、滋养肝肾为主要治法，以发挥中医药放疗增敏，降低不良反应的作用。中医治疗周期与放疗同步。

#### 5.1.4 靶向治疗结合中医治疗

是指靶向药物使用期间所联合的中医治疗，患者易出现靶向药物相关性皮疹、腹泻、口腔黏膜炎等并发症，多见肺经郁热、脾虚湿阻、气阴不足等证，可根据辨证灵活运用清肺化痰、理气解郁、健脾化湿、益气养阴等法，以减轻相关毒副作用，提高患者生活质量<sup>[9]</sup>。中医治疗周期与靶向药物治疗同步。

### 5.1.5 中医药维持治疗

针对放化疗后疾病稳定的带瘤患者，中医药可作为维持治疗手段，治疗为扶正祛邪兼顾，治法以健脾化痰、解毒散结为主，以延缓疾病进展，提高患者生存质量<sup>[10]</sup>，以3个月作为一个治疗周期。

### 5.1.6 中医药可作为老年肺癌的主要治疗手段

老年肺癌患者多正气虚损，肾精不足，难以耐受攻伐，治疗以扶正为主，中医药治疗占据主导治疗地位，注重扶助正气，健脾补肾<sup>[11]</sup>，以3个月作为一个治疗周期。

### 5.1.7 肺癌癌前病变

包括原位癌、非典型增生、磨玻璃样结节等，治疗以祛邪为主，治法以宣肺理气、解毒散结为主，可在一定程度上阻断癌前病变，但仍需要定期复查、随访，必要时行手术治疗。

### 5.1.8 中医药改善症状及缓解毒副反应

中医药在改善症状、缓解毒副反应方面具有较好的疗效，针对肺癌患者的咳嗽、气促、疲乏、便秘、恶心呕吐、疼痛等方面均积累了丰富的治疗经验，同时针对肺癌治疗相关不良反应如骨髓抑制、放射性肺炎、口腔黏膜炎等具有较好的疗效，临床中可根据具体情况予以辨病和辨证治疗<sup>[12]</sup>。

总而言之，中医治疗可贯穿于肺癌形成、发展及治疗全程，在不同阶段有不同的治疗策略，临床需根据病情辨证施治。

## 5.2 肺癌的治疗

### 5.2.1 西医治疗

#### 5.2.1.1 非小细胞肺癌（NSCLC）治疗

对于早期 NSCLC 患者，首选外科手术治疗，根据术后病理分期情况评估是否行术后辅助化疗或术后靶向治疗。对于可切除局部晚期 NSCLC 患者，多学科综合治疗（包括外科、肿瘤内科、放疗科等）是其最佳选择；对于不可切除的局部晚期 NSCLC 推荐根治性同步放化疗。晚期的 NSCLC 患者根据分子病理学特征、远处转移灶情况、PS 状态以及合并伴随疾病等来制定个体化的综合治疗。临床医生在选择治疗方案时需要对药物短期疗效（PFS、客观缓解

率)、长期疗效(OS、全程管理后续治疗手段)、安全性、生存质量、医保覆盖、援助赠药及经济成本进行综合评估,以让患者获得较为理想的肿瘤治疗价值,具体可参见《肺癌(非小细胞型)中西医结合诊疗专家共识》。

### 5.2.1.2 小细胞肺癌(SCLC)治疗

#### 5.2.1.2.1 T1~2N0 局限期 SCLC 治疗

适合手术的患者可行根治性手术治疗+辅助化疗(EP 方案或 EC 方案,4~6 个周期)(2A 类证据)。若术后 N1 的患者推荐辅助化疗±纵隔淋巴结放疗(2A 类证据);术后 N2 的患者推荐辅助化疗+纵隔淋巴结放疗(2A 类证据)。术后可行预防性脑照射<sup>[13]</sup>(1 类证据)。若不适宜手术或不愿意手术者,推荐立体定向放射治疗后化疗(2A 类证据),化疗联合同步或序贯放疗(1 类证据)。若获得 CR 患者,推荐预防性脑放疗(1 类证据)。

#### 5.2.1.2.2 超出 T1~2N0 的局限期 SCLC 治疗

优先选择同步化放疗(1 类证据);如患者无法耐受同步放化疗,序贯化放疗也是可行的选择(1 类证据)。如果获得 CR 患者,推荐预防性脑放疗(1 类证据)。

#### 5.2.1.2.3 广泛期 SCLC 治疗

一线治疗:推荐 EP 方案化疗联合 Atezolizumab(阿替利珠单抗)(1A 类证据)或 Durvalumab(度伐利尤单抗)(1A 类证据)或单用 EP 方案化疗(1 类证据)<sup>[14, 15]</sup>;若治疗获得 CR 者,推荐预防性脑放疗(2A 类证据),对有脑转移患者,可行局部或全脑放疗(2A 类证据)。

二线治疗:对于一线化疗后复发或进展者,小于或等于 6 个月内复发或进展者推荐拓扑替康(1 类证据)、伊立替康(2A 类证据)、吉西他滨(2A 类证据)、紫杉醇单药化疗(2A 类证据)或 nivolumab(纳武利尤单抗)单药(2A 类证据)或联合 Ipilimumab(伊匹木单抗)免疫治疗(2A 类证据)。大于 6 个月后疾病复发或进展者可选择初始治疗方案。但对于既往阿替利珠单抗或度伐利尤单抗维持治疗大于 6 个月后复发的患者,不推荐重新使用 PD-L1 抑制剂+化疗的联合方案,建议使用卡铂+依托泊苷或顺铂+依托泊苷方案。

三线及三线以上治疗:推荐安罗替尼(2A 类证据)、纳武利尤单抗(2A 类证据)、帕博利珠单抗(2A 类证据)或参加临床试验。

## 5.2.2 中医治疗

### 5.2.2.1 辨证分型论治

临床上肺癌虚实夹杂，可数型并见，常分为以下 5 个基本证型。

#### 5.2.2.1.1 肺郁痰瘀型

主症：咳嗽不畅，痰中带血，胸胁痛或胸闷气急，唇紫，口干，便秘，舌暗红，有瘀斑或瘀点，苔白或黄，脉弦滑。

治法：宣肺理气，化瘀除痰。

方药：千金苇茎汤（《外台秘要》）加减。苇茎 15g，桃仁 10g，薏苡仁 30g，冬瓜仁 15g，生南星 15g（先煎），生半夏 15g（先煎），桔梗 12g，鱼腥草 30g，全瓜蒌 15g，田七 6g，浙贝母 10g。

加减：胸胁胀疼者加莪术 15g、延胡索 15g；咯血者重用白茅根 30g、仙鹤草 30g、旱莲草 20g；发热并见痰中带血、舌暗者加牡丹皮 15g、连翘 15g、黄芩 10g。

#### 5.2.2.1.2 脾虚痰湿型

主症：咳嗽痰多，胸闷气短，疲乏懒言，纳呆消瘦，腹胀便溏，舌边有齿痕，舌苔白腻，脉濡、缓、滑。

治法：健脾燥湿，理气化痰。

方药：陈夏六君子汤（《医学正传》）加减。党参 30g，茯苓 20g，白术 15g，陈皮 6g，生半夏 15g（先煎），生南星 15g（先煎），薏苡仁 30g，瓜蒌皮 15g，桔梗 12g，浙贝母 10g，甘草 10g。

加减：痰涎壅盛者加白芥子 15g、枳实 15g；肢倦思睡者加人参 10g、黄芪 30g。

#### 5.2.2.1.3 阴虚痰热型

主症：咳嗽痰少，干咳无痰，或痰带血丝，咳血，胸闷气急，潮热盗汗，头晕耳鸣，心烦口干，尿赤便结，舌红绛，苔花剥或舌光无苔，脉细数无力。

治法：滋肾清肺，化痰散结。

方药：百合固金汤（《慎斋遗书》）加减。生地 20g，百合 15g，玄参 15g，当归 10g，浙贝母 10g，守宫 6g，夏枯草 15g，瓜蒌皮 15g，猪苓 20g，鳖甲 30g（先煎），甘草 10g。

加减：痰黄如脓腥臭者，加鱼腥草 30g、知母 15g、桑白皮 10g；五心烦热者加丹皮 15g、黄柏 15g；口干欲饮者加天花粉 20g、天冬 15g；大便干结者加火麻仁 15g、厚朴 10g。

#### 5.2.2.1.4 气阴两虚型

主症：干咳少痰，咳声低微，或痰少带血，颜面萎黄、暗淡，神疲乏力，口干短气，纳呆消瘦，舌淡红或胖，苔白干或无苔，脉细如丝。

治法：益气养阴，扶正祛积。

方药：大补元煎（《景岳全书》）加减。人参 15g，山药 30g，熟地黄 15g，当归 10g，山萸肉 10g，仙鹤草 30g，西洋参 10g，麦冬 15g，五味子 10g，猪苓 20g，山海螺 30g。

加减：痰粘难咯者，加桑叶 10g、僵蚕 10g、海蛤壳 30g；面肢浮肿者加葶苈子 15g、茯苓 25g、泽泻 15g；神志昏蒙者加全蝎 5g、蜈蚣 3g、石菖蒲 15g。

#### 5.2.2.1.5 肾阳亏虚型

主症：气短，动则气喘，或见面色晦暗，面目浮肿，冷汗自出，腰膝酸软，咳嗽痰少，畏寒神怯，舌淡而嫩胖，脉沉细。

治法：温阳补肾，纳气平喘。

方药：人参蛤蚧散（《医垒元戎》）加减。蛤蚧 1 对，人参 15g，北杏仁 10g，贝母 10g，桑白皮 15g，茯苓 15g，杜仲 15g，肉桂 6g，沉香 10g，熟附片 10g（先煎）。

加减：呼多吸少，咳喘甚者，加葶苈子 15g、大枣 15g；痰多壅盛，动则喘促者，加苏子 15g、前胡 15g、橘红 10g；形寒肢冷者，加干姜 10g、当归 10g、鹿角霜 15g。

肺癌的辨证治疗是中医治疗的核心，在具体诊治过程中也可参考我国著名的中医肿瘤学家、国医大师、全国名中医等专家的肺癌学术思想和用药经验，如朱良春、刘嘉湘、周岱翰、朴炳奎、潘敏求、郁仁存、李佩文、刘伟胜和刘亚娴等中医大家。中医治疗疗程的时间长短需根据患者身体状态、临床分期、治疗方式和预后指标的不同而灵活调整；总体建议中医治疗疗程 1 年以上，服药期间定期检查血分析、尿液分析、肝肾功能。

### 5.2.2.2 辨证用药

临床上肺癌患者常见咳嗽、咳血、胸痛、疲乏、胸水等症状，可多症并存，治疗上可在辨证的基础上加减用药，以改善症状。

#### 5.2.2.2.1 咳嗽

咳嗽病位在肺，与脾、肝有关，久则及肾。咳嗽的辨证，首先要辨明外感、内伤，以及其见证的属虚属实。肺癌患者多属内伤咳嗽，因肺气亏虚、脾虚生痰、肝火犯肺或肾失纳气，以致肺气失宣，肺气上逆。在治疗方面，当以宣肺化痰为基本治则，根据虚实夹杂及脏腑辨证进行辨证用药<sup>[16-18]</sup>。

①咳嗽咽痒，咳稀白痰，流清涕，恶寒发热，多为风寒外袭，治以疏风散寒，宣肺止咳，可选用麻黄、荆芥、紫苏梗、杏仁、桔梗等。

②干咳，咽痛，痰少难咳，或痰中带血丝，舌红而干，苔薄黄，脉浮数，多为风燥伤肺，治以清肺润燥，可选用桑叶、北杏仁、川贝、沙参、枇杷叶等。

③气短声低，痰多色白，自汗，恶风，倦怠无力，舌淡，苔白，脉细弱，多为肺脾气虚，治以健脾补肺，补土生金，可选用党参、白术、陈皮、法夏等<sup>[12]</sup>。

④干咳，咳声短促，口燥咽干，声音嘶哑，午后潮热，盗汗，消瘦，舌红，少苔，脉细数，多为肺阴亏耗，治以养阴清热，润肺止咳，可选用麦冬、天冬、天花粉、款冬花、紫苑等。

⑤痰白清稀，舌淡苔白滑者，属寒痰，治宜温化寒痰，常用细辛、干姜、蛤蚧、半夏等；咳声重浊，痰多色白黏腻，胸脘痞闷，多为痰湿蕴肺，治以燥湿化痰，理气止咳，可选用半夏、茯苓、陈皮、白芥子、苍术、化橘红等。

⑥咳嗽时伴胸痛，痰多质稠，或黄稠，口干欲饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数，多为痰热郁肺，治以清热化痰，肃肺止咳，可选用黄芩、知母、瓜蒌皮、蒲公英、鱼腥草等。

⑦放疗后患者常见干咳，咽干灼痛，痰黄稠量少难咳，偶有身热，舌红，少苔，脉滑数或细数，多为气阴两伤或邪热蕴肺，治以益气养阴或养阴清热，可选用沙参、麦冬、连翘、知母、桔梗、生地等。

#### 5.2.2.2.2 咳血

咳血属“血症”范畴，病位在络脉。咳血的辨证，需辨别虚实，实证多由火热、瘀血引起，火热熏灼、迫血妄行，或者血溢脉外、瘀血阻络；虚证一般为气虚不摄，血不归经所致。在治疗方面，当以治火、治气、治血为主，根据虚实来辨证用药。

①痰中带血或咳血，口干咽痒或咽痛，身热恶风，头痛，多为燥热犯肺，治以清热润肺，宁络止血，可选用桑叶、沙参、藕节、侧柏叶等。

②痰中带血或咳血，咳嗽痛引胸胁，烦躁易怒，目赤口苦，舌红，苔薄黄，脉弦数，多为肝火犯肺，治以清肝泻肺，凉血止血，可选用仙鹤草、黄芩、石膏、知母、茜草根等。

③痰中带血或咳血，血色紫暗，胸胁刺痛，部位固定，舌青紫有瘀斑，脉涩，多为瘀血阻络，治以通络祛瘀，凉血止血，可选用田七、丹参、生地、鳖甲等<sup>[19]</sup>。

④咳血量大，血色较淡，倦怠乏力，不欲饮食，舌淡苔白，脉细，多为气虚不摄、脾不统血，治以益气摄血，可选用人参、黄芪、茯苓、阿胶、茜草、炮姜炭等。

#### 5.2.2.2.3 胸水

胸水属“痰饮”、“悬饮”范畴，病位在三焦。痰饮为病，虚多实少，本虚标实，辨证首辨二者主次，悬饮主要为三焦气化失职，肺、脾、肾功能失调导致，留于胁下。在治疗上首重温阳化气，同时根据虚实以辨证用药。

①胸胁疼痛，呼吸困难，咳逆气喘，不能平卧，或仅能偏卧于停饮一侧，病侧肋间饱满，舌淡，苔白，脉沉弦或弦滑，为饮停胸胁，治以泻肺祛饮，可选用葶苈子、桑白皮、猪苓、车前子、防己等。

②呛咳时作，口干咽燥，午后潮热，手足心热，舌红，少苔，脉细数，此为阴虚内热，治以滋阴清热，可选用沙参、麦冬、桑白皮、天花粉、太子参、石斛、玉竹等。

③气喘气促，动则尤甚，胸闷，纳少，形寒肢冷，神疲乏力，舌淡、胖大，苔白滑，脉沉细，此为脾肾阳虚，治以温脾补肾，可选用附子、桂枝、干姜、黄芪、白术、补骨脂、蛤蚧等。

#### 5.2.2.2.4 胸痛

胸痛属于“痛症”范畴，病位在络，不通则痛，肺癌病胸痛为本虚标实，发作时以标实为主，缓解时以本虚为主，辨证首在辨虚实，次分寒、热、痰、瘀等。治疗上“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急”<sup>[20]</sup>。

①痛引胸胁，情绪波动时加剧，目赤口苦，舌红，苔薄黄，脉弦数，多为肝火犯肺，治以清肝泻肺，可选用蒲公英、黄芩、石膏、知母等。

②胸胁刺痛，部位固定，活动时有加剧，舌青紫有瘀斑，脉涩，多为瘀血阻络，治以通络祛瘀，活血止痛，可选用田七、地龙、鳖甲、守宫、地龙、僵蚕等。

③胸部闷痛，部位不定，阴雨天加重，痰多色白黏腻，多为痰湿蕴肺，治以燥湿化痰，理气止痛，可选用半夏、茯苓、陈皮、枳壳等。

④胸部隐痛不适，喘促短气，吸多呼少，语声低微，汗出肢冷，舌淡，苔薄白，脉沉弱，多为肺肾两虚，治以益肺补肾，可选用人参、白术、附子、蛤蚧等。

#### 5.2.2.3 辨病用药

在辨证论治的基础上，可以加用2~3味具有辨病抗癌中草药，如白花蛇舌草、浙贝母、壁虎、半枝莲、半边莲、山慈菇、猫爪草、露蜂房、鱼腥草、龙葵草、蛇莓等<sup>[20]</sup>。

#### 5.2.2.4 辨证选择用药

##### 5.2.2.4.1 辨证选择口服中成药

根据病情选择应用鹤蟾片<sup>[21]</sup>、康莱特软胶囊<sup>[22]</sup>、消癌平片<sup>[23]</sup>、安康欣胶囊<sup>[24]</sup>、参一胶囊<sup>[25]</sup>（证据级别 D）、鸦胆子油软胶囊、复方红豆杉胶囊<sup>[26]</sup>、益肺清化颗粒<sup>[27]</sup>、金复康口服液<sup>[28]</sup>（证据级别 B）、正元胶囊<sup>[29]</sup>、回生口服液<sup>[30]</sup>等中成药。

#### 5.2.2.4.2 辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情选择应用康莱特注射液<sup>[31]</sup>（证据级别 B）、艾迪注射液<sup>[32]</sup>（证据级别 C）、消癌平注射液（证据级别 D）、鸦胆子油乳注射液<sup>[33]</sup>（证据级别 B）、康艾注射液<sup>[34]</sup>（证据级别 B）、华蟾素注射液<sup>[35]</sup>（证据级别 B）、参芪扶正注射液<sup>[36]</sup>（证据级别 C）、榄香烯注射液<sup>[37]</sup>（证据级别 B）等。

### 5.2.2.5 中医特色疗法

#### 5.2.2.5.1 中药外敷治疗癌痛

①蟾乌巴布膏，由蟾酥、川乌、两面针、重楼、关白附、三棱、莪术、细辛、丁香、肉桂、乳香、冰片等组成，具有活血化瘀，消肿止痛的功效，用于肺癌引起的疼痛。用法用量：外用，直接将药物敷于疼痛部位，或外敷于天突穴、膻中穴等。一次 1 贴，1~2 天换药 1 次。

②癌理通，由白药膏、蟾酥、制马钱子、毛麝香、寮刁竹、大梅片、金牛皮、冰片等组成，具有活血化瘀，消肿止痛之功效，用于肺癌引起的疼痛。用法用量：外用，外敷前洗净患处皮肤，癌理通膏药 1 张，烘热软化，敷贴局部或疼痛部位，用手轻轻在膏药上按摩 3~5 分钟，使之贴附紧密。每天 2 次，10 天为一疗程。

#### 5.2.2.5.2 胸腔内给药治疗癌性胸腔积液

胸腔内给药治疗对肺癌胸腔积液有较好的治疗作用。对肺癌胸腔积液患者进行胸腔积液抽取术及引流术治疗后，予相关药物胸腔内给药，可选用鸦胆子油乳注射液、榄香烯乳注射液（证据级别 D）等药物，可不同程度控制胸腔积液的形成。

#### 5.2.2.5.3 针灸

根据患者病情辨证应用体针、头针、电针、耳针、腕踝针、眼针、灸法、穴位埋线等方法。对于肺癌合并有咳嗽患者，可选用列缺、肺腧、天突、风府、风门、百劳等；对肺癌切除术后疼痛患者，可选用合谷、阳陵泉、外丘、三阳络、阿是穴；肺癌骨转移患者，可选用大椎、华佗夹脊、命门、肾俞、委中、阿是穴；对于其它伴随症状的患者，如腹胀、便秘等，也可循经取穴，达到治疗的目的。

#### 5.2.2.5.4 耳穴防治化疗所致消化道反应

主要选穴：胃、交感、神门、皮质下。治则：和胃降逆、镇吐止呕。可配肺、气管、大肠等穴。

#### 5.2.2.5.5 穴位贴敷

主要选穴：肺俞、膏肓、膈俞、胆俞。兼具调理肺气、理肺补虚、活血化瘀之功效。（证据级别 C）

### 5.2.3 肺癌常见副反应的中医药治疗

#### 5.2.3.1 化疗所致毒副反应

##### 5.2.3.1.1 消化道反应

消化道反应是肺癌患者化疗期间的常见毒副反应，临床多见厌食、恶心、厌油腻、呕吐、暖气等表现。中医认为与脾胃运化功能失常相关，病机为脾虚湿阻，升降失和。化疗药物性属寒凉，损伤脾阳，胃失和降所致。

治则：和胃降逆，健脾祛湿。

方药：健脾和胃方加减，由党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、法半夏、木香、砂仁、厚朴、鸡内金、山楂等药物组成。

辨证加减：①胃纳不佳，食入难化，脘腹胀闷，喜温喜按者等属脾胃虚寒者，加干姜、丁香、高良姜、麦芽、莱菔子、豆蔻仁、神曲；②反复干呕，口燥咽干，胃中嘈杂等属胃阴不足者，加麦冬、天冬、石斛、花粉、知母、粳米；③呕吐酸腐，暖气频作，大便干结，气味臭秽等属肝气犯胃者，加黄芩、黄连、吴茱萸、柴胡、枳实、旋覆花、赭石、香附、川楝子、郁金；④呕吐清水痰涎，胸脘痞闷，头眩心悸等属痰湿内蕴者，加竹茹、橘皮；⑤呕吐之物完谷不化，伴汗出肢冷，腰膝酸软，舌淡胖，脉沉细者，可加制附子、肉桂、高丽参。因肿瘤患者多胃气已伤，遣方用药时应避免腥臊恶臭或对胃有明显刺激之品，如地龙、水蛭、乳香、没药等，当以气味淡薄、平和、芳香醒脾者为宜。

其它治法：

①针灸：脾胃虚寒者取穴膻中、中脘、关元，每次每穴温灸 20 分钟；胃阴不足者取穴内关、足三里、中脘、合谷、公孙，常规针刺，平补平泻为主；肝气犯胃者取穴内关、足三里、中脘、阳陵泉、太冲，常规针刺，平补平泻为主。（证据级别 D）

②穴位贴敷：脾胃虚寒者取穴双肺俞、脾俞、胃俞、足三里；胃阴不足者取穴双肺俞、胃俞、足三里、内关；肝气犯胃者取穴双肺俞、脾俞、阳陵泉、太冲。每日一次，四小时后取下。（证据级别 C）

③耳穴压豆：脾胃虚寒者取穴交感、皮质下、胃、脾、肾；胃阴不足者取穴交感、胃、贲门、食道、神门；肝气犯胃者取穴交感、神门、胃、肝、脾。隔日一次，每日自行按压 3～5 分钟，3～4 次每日。

#### 5.2.3.1.2 骨髓抑制

骨髓抑制是化疗最常见副反应之一，根据其头晕、乏力、腰膝酸软、易外感发热、出血等临床表现，此病属中医“虚劳”、“血虚”范畴，其主要病因病机为脾肾亏虚，髓海失养。化疗药物属有毒之品，伤及脾胃，致脾胃失和，气血生化乏源；伤及肾府，则致肾精肾阳亏损，精不养髓，髓海失养，故致阴血亏虚。

治则：健脾补肾，养血生髓。

方药：健脾补肾方加减，由党参、白术、茯苓、炙甘草、熟地黄、白芍、当归、枸杞子、山萸肉、鸡血藤等药物组成。

辨证加减：①头晕耳鸣、腰膝酸软、夜尿频多者，加蛤蚧、淫羊藿、巴戟天；②心悸怔忡、失眠多梦，肢萎体软，肌肉消瘦者，加远志、酸枣仁、龙眼肉、生牡蛎、龙骨；③低热汗出者，加黄连、牡丹皮、银柴胡、地骨皮、浮小麦；④疼痛拒按，痛有定处，入夜尤甚，肌肤甲错者，加桃仁、红花、香附、鳖甲、炮山甲。

其他治法：中药膏方可有效降低化疗后骨髓抑制的发生率及缓解骨髓抑制的程度。膏方作为中医药最具治疗特色的手段之一，有调、补、防、治四大功效，针对骨髓抑制，主要以健脾补肾、调和气血为主要治则。

#### 5.2.3.1.3 周围神经毒性

周围神经毒性是抗肿瘤药物的常见毒性反应，其主要表现为手指、足趾对称性的麻木感、触觉异常、疼痛，严重时可伴有腱反射减退或消失、四肢感觉障碍、肌肉疼痛或无力、运动失调等。肺癌化疗后周围神经毒性可归属于中医“血痹”范畴。血痹病因在于气血虚弱，邪入阴分所致。化疗药物属大毒之品，长期应用可耗损阳气，阳气不足无以温煦血脉，血行不畅；加之寒邪痹阻筋脉，脉络瘀阻，致使肢体末梢麻木，感觉障碍<sup>[38]</sup>。

治则治法：温经通脉，活血消瘀。

处方用药：和血通痹方加减，由当归、川芎、艾叶、桂枝、赤芍、丹参、牡丹皮、路路通等药物组成。

辨证加减：①肢体关节疼痛酸楚，呈游走性者，或伴恶风、头痛、发热等表证，可加用防风、秦艽、麻黄等；②伴腰背酸痛、腰膝酸软者，可加杜仲、桑寄生、淫羊藿、续断等；③伴肢节肿胀、活动不利、舌苔白腻者，可加黄芪、薏苡仁、苍术等；④伴局部皮肤寒冷感、遇冷则痛甚者，可酌情加附子、川乌、细辛等；⑤伴肤色晦暗、皮下硬结、瘀斑，舌暗紫，脉弦涩者，可加用桃仁、红花、三七、地龙等。

其他治法：

①外洗法：予桂枝 10g，赤芍 15g，川芎 20g，丹参 30g，威灵仙 30g，徐长卿 30g 中药汤剂对手足局部进行外洗、浸泡，汤药以温热为宜，每日 1 次，每次 30 分钟。

②针灸：选用曲池、内关、合谷、血海、足三里、三阴交作为主穴，并根据患者临床症状进行随证加减，如指尖或趾尖麻木者，加十宣、气端局部放血；运动功能障碍或肌肉萎缩者，加阳陵泉及手足阳明经的腧穴；痰湿盛者加丰隆。内关、合谷直刺 0.5~0.8 寸，施以提插捻转平补平泻法；曲池、血海、足三里、三阴交直刺 1~1.2 寸，施以提插捻转补法。针刺治疗每天 1 次，每周 6 次。（证据级别 D）

#### 5.2.3.1.4 癌因性疲乏

随着肺癌疾病的发展或在抗肿瘤治疗过程中，50%~90%的患者会出现癌症相关性疲乏（Cancer-related fatigue，CRF）。2020 年版美国国立综合癌症网络（National Comprehensive Cancer Network，NCCN）指南对癌因性疲乏的定义是：一种扰乱机体正常功能的非同寻常的、持久的、主观的劳累感。它的特点是发展快、程度重、能量消耗大，且持续时间长（一般大于或等于 6 个月），不能通过休息和睡眠得到缓解，可明显降低癌症患者的生活质量，影响癌症患者的治疗和康复。癌因性疲乏患者的主要症状为体倦乏力，食少纳呆，食后腹胀，或神疲懒言、面色萎黄、恶心呕吐、胸闷等。中医认为，此病可归属于“虚劳”范畴，以脏腑功能衰退，气血阴阳亏损为主要病机，多以虚证为主，虚实夹杂，病位主要在脾、肾，兼气滞、痰湿、血瘀等病理因素<sup>[39]</sup>。

治则：健脾益气，养血生髓。

方药：八珍汤合金匱肾气汤加减，由熟地黄、当归、川芎、白芍、人参、白术、茯苓、甘草、熟附子、肉桂、山萸肉、山药等药物组成。

辨证加减：①口干咽燥，不思饮食，大便干结，舌干少苔者，加沙参、麦冬、玄参、神曲、桑寄生、桑葚子；②眩晕耳鸣，五心烦热，盗汗者，加女贞子、旱莲草、鳖甲胶、龟板胶、浮小麦；③腰膝酸软，畏寒肢冷，下利清谷或五更泻，面色㿔白者，加鹿角胶、蛤蚧、补骨脂。

其他治法：

① 中成药：参苓白术散、参芪扶正注射液（证据级别 C）、正元胶囊、复方阿胶浆等中药制剂可改善虚证癌因性疲乏。

② 艾灸：选用神阙、关元、气海、中脘为主穴，每次每穴艾灸 20 分钟。（证据级别 C）

③ 针灸：选用百会、神门、关元、三阴交、足三里、血海、合谷等穴位为主穴，根据患者临床症状配合阿是穴进行常规针刺，可配合电针。（证据级别 D）

### 5.2.3.2 靶向药物所致毒副反应

#### 5.2.3.2.1 靶向药物相关性皮疹

皮疹是肺癌靶向治疗中最常见的不良反应，在使用 EGFR-TKI 类药物治疗过程中皮疹的发生率高达 60%~80%。其最主要的表现为痤疮样皮疹，也称为丘疹性皮疹，表现为红色丘疹和/或脓疱，分布于面部、头皮、胸部、背部、腹部或大腿。中医认为，靶向治疗所致皮疹属中医“药疹”、“肺风粉刺”范畴，其总的病因病机为阴虚血燥在内，毒邪结聚在外。药毒之邪侵扰腠理，火毒炽盛，燔灼营血，肺经郁热不得外泄，故外发于皮肤；邪毒入里化热，灼伤阴津，故肌肤失养。而辨证使用中药口服和外洗治疗，不仅可缓解皮疹、瘙痒等反应，且不会降低分子靶向药物抗肿瘤疗效<sup>[40, 41]</sup>。

治则：疏风清热，养阴润燥。

方药：荆防四物汤加减，由荆芥、防风、生地黄、赤芍、当归、川芎、白鲜皮、紫草、蝉蜕等药物组成。

辨证加减：①皮疹红斑、丘疹、水疱，皮肤肿胀，皮损、甚至渗液者，加草薢、苦参、徐长卿、紫草；②皮损潮红，有丘疹、瘙痒，抓后糜烂渗出者，加白鲜皮、苍术、茯苓；③病程日久，反复发作，皮损色暗，皮肤粗糙、脱屑、皲裂，瘙痒难忍者，加蝉蜕、丹参、当归、乌梢蛇、防风；④四肢麻木者，加海风藤、赤芍、路路通、三棱；⑤火烁肺金、口干咽干者，加麦冬、百合以养阴润肺；⑥皮肤红肿热痛明显，加金银花、蒲公英。

其他治法：

①外治法：可予金银花、蒲公英、地肤子、关黄柏、紫花地丁、白鲜皮、冰片等中药汤剂或“止痒平肤液”（由黄芩、苦参、白鲜皮、马齿苋等组成）外敷或浸泡皮损处，每日 2 次。

②食疗法：根据患者临床表现予辨证使用食疗方以辅助治疗。如出现丘疹或脓疱疹，可予生地藕节绿豆汤（生地黄 30g，藕节 300g，绿豆 100g，蜜糖适量）以清热凉血，养阴生津；对于全身多发皮疹红肿热痛或溃烂渗液者，可予乌蛇薏米汤（乌梢蛇干 20g、薏苡仁 50g、猪脊骨 300g），以清热解毒，滋阴祛湿；对于皮肤斑疹、脓疱，伴见口干、尿黄者，可予银花茅根竹蔗水（金银花 30g、鲜白茅根 200g、竹蔗 400g），以清热解毒，宣肺利水。

#### 5.2.3.2.2 靶向药物所致腹泻

腹泻是肺癌靶向药物治疗的常见不良反应之一，其主要表现为排便次数增加，粪质稀薄，水分增多，并往往伴随发热、乏力、脱水等症状。本病属中医“泄泻”范畴，总的病机为脾胃虚弱为本，湿浊阻滞为标。脾为阳土，喜燥恶湿，脾气亏虚无以运化水湿，则湿邪内生；湿邪困脾，泄泻乃成。

治则：理气化湿，暖脾止泻。

方药：藿香正气散合平胃散加减，由藿香、大腹皮、法半夏、白芷、紫苏叶、茯苓、苍术、厚朴、陈皮、炙甘草组成。

辨证加减：①神疲乏力，腹胀纳少，少气懒言，舌苔淡白者，加党参、白扁豆、莲子、人参、山药、薏苡仁等；②食滞伤胃，暖腐吞酸，泄下物酸腐臭秽，舌苔厚腻，脉滑或沉实者，加山楂、砂仁、鸡内金等；③肝气郁结，暖气吞酸、善太息者，加柴胡、郁金、川楝子等；④肾阳虚衰，症见神疲乏力，腰背冷痛，五更泄泻，舌淡胖苔白，脉沉弱而迟者，加四神丸（肉豆蔻、补骨脂、五味子、吴茱萸）等；⑤久泻脱肛者，加黄芪、升麻、干姜等；⑥郁而化热者，症见急躁易怒、泛酸嘈杂、呕吐、口苦、舌红、苔黄，脉弦数，加黄连、栀子等。

其他治法

①穴位敷贴：将丁香、生半夏、吴茱萸、炮附片、肉桂等中药碾成粉末，并用生姜汁调和成糊状，制成贴剂，选用中脘穴、内关穴、神阙穴等进行敷贴，每天贴敷 6 小时，连续贴敷 3~5 天。

②隔姜灸：在神阙穴上放置 3~4mm 新鲜生姜片，并在姜片上穿刺数个小孔，在生姜片上点燃艾柱，每日 1 次，连续 3 天。

#### 5.2.3.2.3 靶向药物所致口腔黏膜炎

口腔黏膜炎是靶向药物的常见不良反应之一，其症状表现为口腔黏膜溃疡、局部剧烈疼痛，好发于软腭、舌、齿龈、口底、颊粘膜、甚至咽喉等部位，严重时会影响患者进食。本病属中医“口疮”范畴，其病机主要为心脾积热、阴虚火旺。口为脾之窍，舌为心之苗。因心脾积热，肾阴亏虚，相火无制，火热上炎口舌，而见口腔黏膜溃疡。

治则：养阴清热，清心泻火。

方药：清胃散方加减，由生地黄、当归、牡丹皮、黄连、灯芯草、桑叶、升麻组成。

辨证加减：①热盛伤阴者，加用知母、黄柏、玄参、天花粉、蒲公英、连翘；②大便秘结者，可加用大黄、芒硝、玄参；③心烦失眠者，可加用栀子、竹叶、麦冬；④手足心热，失眠多梦，夜间盗汗，舌红少苔或有裂纹，脉细数者，可加用鳖甲、龟板、北沙参；⑤口腔黏膜疼痛不明显，色淡暗，经久不愈，伴倦怠乏力，面色㿠白，或腰膝酸冷，大便溏烂，小便清长者，上方去黄连、灯芯草、桑叶，加用黄芪、党参、白术、茯苓、干姜、熟附子。

其他治法：

①中药含漱法：可予大青叶 15g、玄参 15g、甘草 5g，煎成 500mL 含漱液，或康复新液，每日含漱口腔 3 次。

②生活调护：用药期间发生的口腔黏膜炎患者，在日常生活中需积极预防与调护，如注意口腔卫生，早晚刷牙，饭后漱口；避免进食硬物，以防损伤口腔黏膜；佩戴义齿者，需注意义齿的机械刺激损伤黏膜。而对于已发生口腔溃疡的患者，饮食需多加注意，如实火口疮者，忌食辛辣刺激、肥甘厚味之物；虚火口疮者，忌食生冷寒凉之物，同时颐养心性，戒忧思、恼怒。不宜过劳，避免劳累或熬夜损伤正气。

### 5.2.3.3 放疗所致毒副反应

#### 5.2.3.3.1 放射性肺炎

现代中医将放射治疗定义为“火毒”之邪，火毒之邪直袭肺脏，灼伤肺阴，濡润失常，致肺宣降受阻，气机阻滞于内，气行不畅，津液输布失常，肺为储痰之器，痰火搏结，共同导致了咳嗽、发热、胸闷、气喘、呼吸困难等症状。中医治疗放射性肺炎，以养阴、清热、解毒为主要治法。

治则：益气养阴，清热解毒。

方药：清燥救肺汤加减，由桑叶、石膏、甘草、胡麻仁、阿胶、枇杷叶、人参、麦门冬、杏仁组成。

辨证加减：①咳嗽明显者，加浙贝母、化橘红、桔梗等；②咳黄稠痰，伴胸痛者，加用瓜蒌、桔梗、知母等；③午后潮热者，加用银柴胡、青蒿、鳖甲等。

其他治疗：

① 中医定向透药治疗仪：先将药片（药方由北沙参、麦冬、玄参、白及、金银花、生地黄、炙甘草等组成）连接在 2 个电极板上，患者取坐位或俯卧位，将其分别粘贴左右肺俞穴位上，根据患者耐受程度调好所需参数，接通电源开始治疗。治疗结束后药片固定于原穴位上 2~4h，以确保药物充分通过皮肤吸收。1 次/天，30min/次，7 天为 1 个疗程，共治疗 3~4 个疗程。

#### 5.2.3.3.2 放疗所致口腔黏膜炎

具体可参考靶向药物所致口腔黏膜炎章节，在此基础上，注意放疗在中医属火毒之邪，在辨证过程中注意养阴清热，泻火解毒。

#### 5.2.3.3.3 放疗所致骨髓抑制

具体可参考化疗所致骨髓抑制章节，放疗易耗气伤阴，故在具体辨治过程中需注意滋养肝肾，固护阴液，养阴清热。

## 6 肺癌的中西医结合护理调养

### 6.1 生活护理

（1）戒烟：抽烟是肺癌的主要危险因素，85%的肺癌死因可归咎于抽烟。主动抽烟和被动抽烟使肺癌的危险增加。

（2）控制体重：肿瘤患者的营养与运动指南建议肿瘤患者保持健康的体重，维持 BMI 在 18.5~25 kg/m<sup>2</sup>。

（3）呼吸功能锻炼：呼吸功能锻炼是改善肺癌患者肺功能以及提高综合治疗耐受力的有效方法。患者通过系统的呼吸功能锻炼，能使呼吸肌群在锻炼中受到刺激，肌力逐渐加强，肺顺应性增加，保障有效的通气。

(4) 改善环境卫生：注意保持所处室内的相对湿度，减轻空气干燥对患者呼吸道的干扰，另外也要保持空气的清洁，避免烟雾及扬尘的刺激。患者干咳或少痰者，可以通过蒸汽或喷雾吸入，以湿润气道，减少刺激。患者痰多不易咯出者，可以进行化痰或者吸痰，常规雾化、翻身、叩背、吸痰，保持呼吸道通畅。

(5) 传统养生气功：八段锦、太极拳等可疏通经络、改善气血，缓解焦虑，强身健体，促进患者脏腑恢复。(6) 五行音乐疗法：五行音乐作为中医特色护理方法，强调五脏、五行、五种音乐调式特性间相互关系。可通过不同调式声波震荡影响机体气机，促使气血运行协调，维持脏腑功能稳定，使患者保持心平气和心态，放松精神，陶冶情操，改善癌因性疲乏症状，从而达到宁心养身目的。

## 6.2 饮食调护

肺癌患者应合理膳食和体力活动，饮食上应加强营养。食物要多样化，以植物性食物为主，多食蛋白、蔬菜、水果。注意饮食卫生，避免高脂肪、低维生素及低纤维膳食，不吃或少吃烟熏油炸过度的食物。多摄入水果、蔬菜有益于肺癌患者的预后。十字花科蔬菜，包括青菜、白菜、白萝卜、圆白菜可以提高肺癌相关生存率。处于治疗阶段和早期恢复阶段的患者少食多餐，选择易于吞咽的食物。体重减轻的患者可以服用高能量营养补充制剂。当摄入的饮食不能满足患者的营养需要时，可选择服用补充特定微量元素或矿物质的营养制剂。

中医食疗是基于中医脏腑经络理论和药物与食物的四气五味理论，强调因人而异，辨证施膳。注意避免滥用所谓“保健”或“防癌”食物。合理进行食疗，既能保证肿瘤患者足够的营养，又可以调整机体的阴阳平衡，改善患者体质，并缓解症状，提高生存质量。食疗可根据肺癌病期与辨证进行配膳：如肺癌放疗期间容易造成热毒伤阴，可选用具有清热生津、凉血解毒的食物，如银杏橄榄冰糖水、荠藕甘露饮等；术后患者，元气损伤，多表现出神疲乏力，四肢无力，睡眠不安，胃口差，可选用补气养血食物；肺癌化疗患者，以消化系统的毒副反应为主要临床表现，见食欲不振，恶心呕吐，胸闷脘痛，大便滞下等，可选用开胃醒脾的砂仁炖猪肚、白果淮山粥；骨髓抑制为主者，如贫血或白细胞明显下降，出现神疲乏力等症状，则宜补肾生髓，食冬虫草炖水鸭，枸杞海参瘦肉羹等；若患者表现为痰湿内蕴，多见体形肥胖，腹部肥满，胸闷，痰多，容易困倦，身重不爽，则选用健脾渗湿、和胃消食的食物，如石莲淮山粥，水鱼圆肉苡米汤等。

## 6.3 心理疏导

肿瘤患者容易出现悲观、绝望、恐惧、愤怒、幻想、自私、焦虑不安、孤独、否认等心理。这些与中医理念中的“情志”相关。对待肿瘤患者，医护人员要注意根据患者的具体情况，采用中医学“七情养生”法进行情志护理，包括以情胜情、语言感化、心理疏导、转移注意力等。

## 7 展望

《重大疑难疾病中西医临床协作试点项目·肺癌中西医结合诊疗专家共识》的出版展现了我国在肺癌中西医结合诊疗方面做出的探索和实践，也一定程度上代表了肺癌中西医结合诊疗的最新成果。然而，肺癌作为人类癌症死亡的首位原因，国内外都投入了大量的人力、物力、财力进行研究，包括肺癌的发病机制、新药研发、耐药机制等，在近年来都得到了飞速的发展。肺癌逐渐从一种“不治之症”往“慢性疾病”发展。目前晚期非小细胞肺癌 EGFR 阳性患者的 5 年生存率超过 30%，驱动基因阴性、PD-L1 高表达的患者 5 年生存率同样超过 30%，即为明证。因此，本共识尚需要不断的吸收最新的研究成果来完善和改进。

同时，日新月异的肺癌研究现状，也为如何在新形势下进行中西医结合治疗提出了挑战。比如肺癌的中医病机，涉及气滞、血瘀、痰凝、毒聚等多种因素，影响脏腑功能，这与现代医学认为肿瘤是一种全身性疾病观念相符，但中医病机与现代医学之间的相关性和规律性尚需进一步的科学阐释；再比如，肺癌的中医辨证存在客观化、量化、标准化等方面存在不足；肺癌的辨证与现代医学的影像、病理、分期等存在何种关联，还需要借鉴现代技术和方法，从临床、诊断等多方面开展大量的研究工作；同时，肺癌中西医结合的诊疗规范也需要更高的循证医学证据来支撑。随着中西医各种理念的互相融合，各种中西医结合手段和治疗方法的不断发展，在提高生存期的同时兼顾安全性和生活质量，成为中医和西医治疗肺癌的共同目标。中医需要充分发挥个体化治疗和有效低毒的优势，重视循证医学证据的积累，结合辨病治疗，与现代医学不断优势互补，从而形成更加全面更加完善的中西医结合诊疗方案。

《重大疑难疾病中西医临床协作试点项目·肺癌中西医结合诊疗专家共识》是中西医肿瘤专家 3 年来共同实践的归纳和总结，该共识的推出证明了中西医临床协作项目的可行性，但共识的落地和推行尚有赖于中西医双方共同的努力，才能获得最终的成功。我们希望中医

和西医的同行都能认真的学习这份共识，也希望更多的同行能提出宝贵意见，相信该共识将为我国中西医结合事业贡献一份力量，为广大肺癌患者造福。

## 附录 A

(规范性)

## 2015 年 WHO 肺癌组织学分类

肺癌组织学分型 (WHO 2015)			
组织学分型和亚型	ICD0 代码	组织学分型和亚型	ICD0 代码
<b>上皮源性肿瘤</b>		<b>神经内分泌肿瘤</b>	
腺癌	8140/3	小细胞肺癌	8041/3
胚胎型腺癌	8250/3	混合型小细胞癌	8045/3
腺泡型腺癌	8551/3	大细胞神经内分泌癌	8013/3
乳头型腺癌	8265/3	混合型大细胞神经内分泌癌	8013/3
实性型腺癌	8230/3	<b>类癌</b>	
浸润性黏液腺癌	8253/3	典型类癌	8240/3
黏液/非黏液混合性腺癌	8254/3	不典型类癌	8249/3
胶样腺癌	8480/3	<b>浸润前病变</b>	
胎儿型腺癌	8333/3	弥漫性特发性肺神经内分泌细胞增生	8040/0
肠型腺癌	8144/3	大细胞癌	8012/3
<b>微浸润性腺癌</b>		腺鳞癌	8560/3
非黏液性	8256/3d	<b>肉瘤样癌</b>	
黏液性	8257/3	多型细胞癌	8022/3
<b>浸润前病变</b>		梭形细胞癌	8032/3
不典型腺瘤样增生	8250/0d	巨细胞癌	8031/3
<b>原位腺癌</b>		肉瘤	8980/3
非黏液性	8250/2	肺母细胞瘤	8972/3
黏液性	8253/2	<b>其他未分类类癌</b>	
鳞状细胞癌	8070/3	淋巴上皮样癌	8082/3
角化型鳞状细胞癌	8071/3	NUT 癌	8023/3
非角化型鳞状细胞癌	8072/3	<b>唾液腺型肿瘤</b>	

基底样鳞状细胞癌	8083/3	黏液表皮样癌	8430/3
<b>浸润前病变</b>		腺样囊性癌	8200/3
鳞状细胞原位癌	8070/2	上皮-肌上皮癌	8562/3
		多形性腺瘤	8940/0

## 附录 B

(规范性)

### UICC/AJCC 第 8 版肺癌 TNM 分期

UICC/AJCC 第 8 版肺癌 TNM 分期标准如下。

#### T 分期（原发肿瘤）

TX: 未发现原发肿瘤，或者通过痰细胞学或支气管灌洗发现癌细胞，但影像学及支气管镜无法发现。

T0: 无原发肿瘤的证据。

Tis: 原位癌

T1: 肿瘤最大径 $\leq 3\text{cm}$ ，周围包绕肺组织及脏层胸膜，支气管镜见肿瘤侵及叶支气管，未侵及主支气管。

T1ami: 微小浸润性腺癌。

T1a: 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$ 。

T1b: 肿瘤  $1\text{cm} < \text{最大径} \leq 2\text{cm}$ 。

T1c: 肿瘤  $2\text{cm} < \text{最大径} \leq 3\text{cm}$ 。

T2: 肿瘤  $3\text{cm} < \text{最大径} \leq 5\text{cm}$ ；或者肿瘤侵犯主支气管（不常见的表浅扩散型肿瘤，不论体积大小，侵犯限于支气管壁时，虽可能侵犯主支气管，仍为 T1），但未侵及隆突；侵及脏层胸膜；有阻塞性肺炎或者部分或全肺肺不张。符合以上任何 1 个条件即归为 T2。

T2a: 肿瘤  $3\text{cm} < \text{最大径} \leq 4\text{cm}$ 。

T2b: 肿瘤  $4\text{cm} < \text{最大径} \leq 5\text{cm}$

T3: 肿瘤 5cm<最大径≤7cm。或任何大小肿瘤直接侵犯以下任何 1 个器官, 包括: 胸壁 (包含肺上沟瘤)、膈神经、心包; 同一肺叶出现孤立性癌结节。符合以上任何 1 个条件即归为 T3。

T4: 肿瘤最大径>7cm; 无论大小, 侵及以下任何 1 个器官, 包括: 纵隔、心脏、大血管、隆突、喉返神经、主气管、食管、椎体、膈肌; 同侧不同肺叶内孤立癌结节。

### **N-区域淋巴结**

NX: 区域淋巴结无法评估。

N0: 无区域淋巴结转移。

N1: 同侧支气管周围及 (或) 同侧肺门淋巴结以及肺内淋巴结有转移, 包括直接侵犯而累及的。

N2: 同侧纵隔内及 (或) 隆突下淋巴结转移。

N3: 对侧纵隔、对侧肺门、同侧或对侧前斜角肌及锁骨上淋巴结转移。

### **M-远处转移**

MX: 远处转移无法评估。

M1a: 局限于胸腔内, 对侧肺内癌结节; 胸膜或心包结节; 或恶性胸膜 (心包) 渗出液。

M1b: 超出胸腔的远处单器官单灶转移 (包括单个非区域淋巴结转移)。

M1c: 超出胸腔的远处单器官多灶转移/多器官转移。

### **临床分期**

隐匿性癌: TisNOM0

IA1 期: T1a (mis) NOM0, T1aNOM0

IA2 期: T1bNOM0

IA3 期: T1cNOM0

IB 期: T2aNOM0

II A 期: T2bN0M0

II B 期: T1a~cN1M0, T2aN1M0, T2bN1M0, T3N0M0

III A 期: T1a~cN2M0, T2a~bN2M0, T3N1M0, T4N0M0, T4N1M0

III B 期: T1a~cN3M0, T2a~bN3M0, T3N2M0, T4N2M0

III C 期: T3N3M0, T4N3M0

IV A 期: 任何 T、任何 N、M1a, 任何 T、任何 N、M1b

IV B 期: 任何 T、任何 N、M1c

## 附录 C

(规范性)

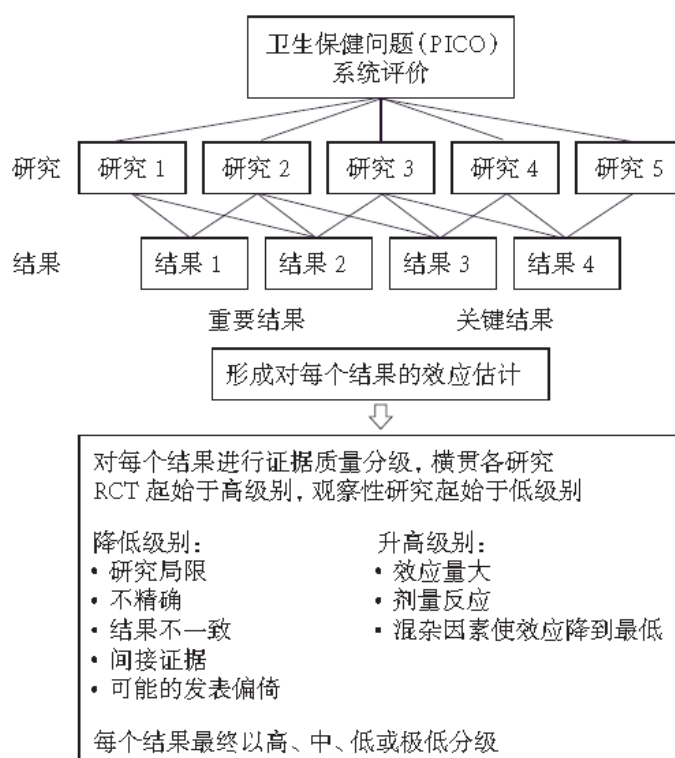
## 中医药干预措施评价方法

**证据来源：**筛选、收集知网、万方、维普、CBM, Pubmed, Medline, Embase、Cochrane Library 等数据库，以随机对照实验及系统评价等高质量证据为主，并且采用国际认可的统一证据级别判定标准 GRADE 进行评价。GRADE 为系统评价和指南提供了一个证据质量评价的体系，同时为指南中的推荐进行强度评级。由于具有抗癌作用的中成药品种庞杂、数量繁多，本共识不能一一列举。但存在部分基于临床实践的推荐干预措施目前尚缺乏相关 RCT 及 Meta 等证据支持，暂无法进行证据评级。

**评价维度及指标：**GRADE 对每个关注的结果进行证据体质量分级，横贯各研究。RCT 起始于高级别，观察性研究起始于低级别，从研究局限（包括随机方法、分配隐藏、盲法、失访情况、是否行意向性分析、提前终止实验等）、不精确性、不一致性、间接性、发表偏倚等方面进行降低级别，从效应量大、剂量反应、混杂因素使效应降低等方面进行升高级别。

**证据级别：**不论相关证据质量高低，GRADE 方法均能适用。GRADE 提供了一种透明、系统的结构化方法。每个结果最终以高（A）、中（B）、低（C）或极低（D）分级。

**具体评价流程：**GRADE 评价先从定义问题开始，包括人群、干预措施及患者的所有重要结局，并评定其重要性。系统检索纳入相关研究，利用一系列合格的单个研究的数据得出每一患者重要结局评价证据，提供最佳效应估计值及可信区间，指南制定者将证据与对患者和社会两者的价值观和偏好的考虑相结合，以形成最终推荐意见，做出最终判定，得出哪些结局是关键性的，哪些结局是重要（而非关键性）的，然后做出证据总体质量级别的最终决策。具体评价流程图：



## 附录 D

(资料性)

### 参与制定人员名单

顾问：周岱翰（广州中医药大学第一附属医院）

执笔人：林丽珠（广州中医药大学第一附属医院），王思愚（中山大学附属肿瘤医院），黄学武（广州中医药大学第一附属医院）

编写工作组组长：林丽珠（广州中医药大学第一附属医院），王思愚（中山大学附属肿瘤医院）

编写工作组成员（以姓名笔划为序）：

古楚莹（广州中医药大学第一附属医院）、孙玲玲（广州中医药大学第一附属医院）、李雪维（广州中医药大学第一附属医院）、肖志伟（广州中医药大学第一附属医院）、吴慧琦（中山大学附属肿瘤医院）、陈瑞莲（广州中医药大学第一附属医院）、林洁涛（广州中医药大学第一附属医院）、骆嘉俊（广州中医药大学第一附属医院）、黄子菁（广州中医药大学第一附属医院）

征求意见专家（以姓名笔划为序）：

丁颖（广东药科大学附属第一医院，临床专家）、于扬文（广州中医药大学第一附属医院，行政管理专家）、王志光（广西中医药大学第一附属医院，临床专家）、王笑民（首都医科大学北京中医院，临床专家）、王继勇（广州中医药大学第一附属医院，临床专家）、王雄文（广州中医药大学第一附属医院，临床专家）、田华琴（佛山市中医院，临床专家）、冯利（中国医学科学院肿瘤医院，临床专家）、华海清（中国人民解放军东部战区总医院，临床专家）、全小明（广州中医药大学第一附属医院，护理专家）、刘建平（北京中医药大学循证医学中心，方法学专家）、刘慧（中山大学附属肿瘤医院，临床专家）、关彤（广州中医药大学第一附属医院，行政管理专家）、许玲（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院，临床专家）、李平（安徽医科大学第一附属医院，临床专家）、李东芳（湖南省肿瘤医院，临床专家）、

李阳（深圳市宝安区中医院，临床专家）、李建生（河南中医药大学，临床专家）、李柳宁（广东省中医院，临床专家）、何咏群（广州中医药大学第一附属医院，护理专家）、沈红梅（云南省肿瘤医院，临床专家）、张英（中国中医科学院广安门医院，临床专家）、张念樵

(广州中医药大学第一附属医院, 伦理专家)、陆丽明(广州中医药大学华南针灸研究中心、临床研究与数据中心, 方法学专家)、陈汉锐(广州中医药大学第一附属医院, 临床专家)、陈丽昆(中山大学附属肿瘤医院, 临床专家)、陈武进(福建省人民医院, 临床专家)、陈信义(北京中医药大学东直门医院, 临床专家)、陈高峰(广东省第二中医院, 临床专家)、罗群带(广州中医药大学第一附属医院, 医保专家)、周丽群(广州中医药大学第一附属医院, 护理专家)、周林福(南京医科大学第一附属医院, 临床专家)、周京旭(广州中医药大学第一附属医院, 临床专家)、周海榆(广东省人民医院, 临床专家)、郑玉玲(河南中医药大学第一附属医院, 临床专家)、郑燕芳(广州医科大学附属肿瘤医院, 临床专家)、练祖平(广西中医药大学附属瑞康医院, 临床专家)、钟筱华(广州中医药大学第一附属医院, 伦理专家)、侯丽(北京中医药大学东直门医院, 临床专家)、贾立群(北京中日友好医院, 临床专家)、唐洪梅(广州中医药大学第一附属医院, 药学专家)、黄志标(广州中医药大学第一附属医院, 医保专家)、曹洋(广州中医药大学第一附属医院, 临床专家)、董竟成(复旦大学附属华山医院, 临床专家)、蒋益兰(湖南省中医药研究院附属医院, 临床专家)、谢波(中国人民解放军南部战区总医院, 临床专家)、蔡庆群(广州中医药大学第一附属医院, 药学专家)、翟林柱(广州中医药大学第一附属医院, 临床专家)、黎静(广州中医药大学第一附属医院, 临床专家)。

**利益冲突声明：**本共识所有作者不存在利益冲突。

## 参考文献

- [1]Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68 (6): 394-424.
- [2]郑荣寿, 孙可欣, 张思维, 等. 2015 年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 41 (1): 19-28.
- [3]林丽珠主编. 肿瘤中西医结合治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 140.
- [4]中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会 (CSCO) 原发性非小细胞肺癌诊疗指南 [J]. 2020.
- [5]NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Non-Small Cell Lung Cancer (Version 6,2020)[Z]. <https://www.nccn.org>,Access.
- [6]NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Small Cell Lung Cancer. ( Version 4, 2020).[Z]. <https://www.nccn.org>,Access.
- [7]林洪生主编. 恶性肿瘤中医诊疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 250-252.
- [8]Wu J, Liu Y, Fang C, et al. Traditional Chinese Medicine Preparation Combined Therapy May Improve Chemotherapy Efficacy: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2019, 2019: 5015824.
- [9]Chen ZQ, Li ZY, Yang CZ, et al. Chinese herbal medicine for epidermal growth factor receptor inhibitor-induced skin rash in patients with malignancy: An updated meta-analysis of 23 randomized controlled trials[J]. Complement Ther Med, 2019, 47: 102167.
- [10]王学谦, 侯炜, 郑佳彬, 等. 中医综合治疗方案维持治疗晚期非小细胞肺癌的多中心、大样本、前瞻性队列研究[J]. 中医杂志, 2020, 61 (8): 690-694.
- [11]徐剑焜, 陈汉锐, 林丽珠. 林丽珠教授中西医结合治疗肺癌临床经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21 (11): 192-195.
- [12]林丽珠, 肖志伟, 张少聪主编. 中医治肿瘤理论及验案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [13]Yin X, Yan D, Qiu M, et al. Prophylactic cranial irradiation in small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. BMC Cancer, 2019, 19 (1): 95.
- [14]Horn L, Mansfield A S, Szczesna A, et al. First-Line Atezolizumab plus Chemotherapy in Extensive-Stage Small-Cell Lung Cancer[J]. N Engl J Med, 2018, 379 (23): 2220-2229.
- [15]Paz-Ares L, Dvorkin M, Chen Y, et al. Durvalumab plus platinum-etoposide versus platinum-etoposide in first-line treatment of extensive-stage small-cell lung cancer (CASPIAN): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial[J]. Lancet, 2019, 394 (10212): 1929-1939.
- [16]邓铁涛主编. 中医诊断学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006.
- [17]张伯礼主编. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [18]周岱翰主编. 中医肿瘤学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011.
- [19]常青主编. 常青治癌临证心法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013.

- [20]顾恪波主编. 孙桂芝辨治十五种恶性肿瘤临床实录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 98-107.
- [21]席彩霞, 杨国泉, 李正国, 等. 鹤蟾片维持治疗中晚期非小细胞肺癌的临床观察[J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38 (10): 1170-1172.
- [22]任玮. 化疗联合康莱特软胶囊治疗晚期非小细胞肺癌的临床效果研究[J]. 黑龙江科学, 2019, 10 (18): 36-37.
- [23]骆许静, 马耀先, 孙桢, 等. 消癌平片联合 PC 方案治疗晚期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34 (2): 424-428.
- [24]吴忠, 李响, 刘莹, 等. 安康欣胶囊联合顺铂在非小细胞肺癌辅助化疗中的应用效果[J]. 中国实用医药, 2018, 13 (27): 4-5.
- [25]于同月, 崔昊震, 张松男, 等. 参一胶囊对晚期非小细胞肺癌临床化疗效果及免疫功能的影响分析[J]. 中国免疫学杂志, 2018, 34 (7): 1012-1016.
- [26]蔡华荣, 张海梅. 复方红豆杉胶囊用于非小细胞肺癌术后转移患者维持治疗效果观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28 (15): 1618-1621,1651.
- [27]李斐斐, 崔一鸣, 陈露, 等. 益肺清化颗粒治疗非小细胞肺癌研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28 (7): 2067-2070.
- [28]陈石秀, 陈佳蕾, 谢瑞芳, 等. 基于网络药理学的金复康口服液治疗非小细胞肺癌机制[J]. 中成药, 2019, 41 (7): 1547-1555.
- [29]关洁珊, 罗智杰, 肖志伟, 等. 正元胶囊防治肺腺癌 A549 移植瘤裸鼠化疗相关性疲劳的疗效及机制研究[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37 (5): 929-937.
- [30]马代远, 谭榜宪, 柳弥, 等. 回生口服液联合单药奈达铂同步放化疗治疗不可切除局部晚期非小细胞肺癌[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35 (2): 179-181.
- [31]李泽云, 陈芝强, 高天琦, 等. 康莱特注射液联合化疗对晚期非小细胞肺癌患者疗效和不良反应的 Meta 分析[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27 (19): 49-55.
- [32]伍家鸣, 王菁, 林丽珠, 等. 艾迪注射液联合一线化疗方案治疗非小细胞肺癌临床疗效的 Meta 分析[J]. 中成药, 2017, 39 (6): 1323-1328.
- [33]黎鹏, 肖志伟, 林丽珠. 鸦胆子油乳联合多西紫杉醇+顺铂方案治疗非小细胞肺癌临床评价[J]. 中国药业, 2018, 27 (15): 43-45.
- [34]陈汉锐, 田华琴, 陈志明, 等. 康艾注射液联合单药化疗治疗老年晚期非小细胞肺癌的有效性和安全性[J]. 实用医学杂志, 2018, 34 (2): 316-319.
- [35]段惠龙, 李雪石, 高军军, 等. 华蟾素注射液联合多西他赛治疗老年晚期非小细胞肺癌的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3 (6): 20-21.
- [36]程正军, 席芙蓉. 参芪扶正注射液联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌(气虚)随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31 (12): 43-45.
- [37]雷俊华, 刘韵, 曾江正, 等. 榄香烯注射液联合化疗对晚期非小细胞肺癌患者免疫功能及疗效的影响[J]. 临床肿瘤学杂志, 2018, 23 (2): 160-163.
- [38]黎鹏, 黄学武, 林丽珠. 中药外洗预防含紫杉醇方案化疗周围神经毒性疗效观察[J]. 医药前沿, 2014, (18): 266-267.
- [39]肖志伟, 杨才志, 何灿封, 等. 健脾生髓膏方治疗肺癌患者化疗相关性疲乏的疗效观察[J]. 中医肿瘤学杂志, 2019, 1 (3): 24-29.
- [40]中国抗癌协会肺癌专业委员会. EGFR-TKI 不良反应管理专家共识[J]. 中国肺癌杂志, 2019, 22 (2): 57-81.

[41]林丽珠. 中医药在 EGFR-TKIs 相关不良反应管理中的应用[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39 (2): 144-147.