

# 乳腺癌中西医结合诊疗指南

中国中西医结合学会, 中华中医药学会, 中华医学会

卢雯平<sup>1</sup> 王笑民<sup>2</sup> 马飞<sup>3</sup>

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053; 2. 首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010; 3. 中国医学科学院肿瘤医院, 北京 100000)

**【摘要】**我国乳腺癌每年新发病例位居女性恶性肿瘤新发病例的首位。本指南工作组在遵循循证医学原则的基础上, 结合近年的临床实践总结, 参考国内外最新发表的相关指南与专家共识, 客观评价乳腺癌中西医结合诊治证据, 广泛征求中医学、临床医学、临床流行病学等多学科专家的意见, 最终形成本指南, 旨在为中西医结合诊治乳腺癌的临床实践提供参考。

**【关键词】**乳腺癌; 中西医结合; 诊疗指南

**DOI:** 10.16025/j.1674-1307.2024.01.002

最新癌症统计数据显示, 我国乳腺癌每年新发病例约 41.6 万, 死亡人数为 11.7 万人, 位居女性恶性肿瘤新发病例首位, 严重危害女性生命健康。随着乳腺癌治疗药物的更新和基于分子分型的精准诊疗模式的建立, 乳腺癌综合诊疗水平逐年提升, 但全球乳腺癌患者死亡病例居高不下<sup>[1]</sup>。传统中医药与乳腺癌精准医疗结合的分型-分阶段治疗可以发挥中西医各自优势, 在提高患者生活质量、增加疗效中发挥重要作用。

《乳腺癌中西医结合诊疗指南》参照了国际国内最新的临床实践指南制订方法, 通过梳理检索中医治疗乳腺癌文献和现代研究成果, 基于循证医学证据, 经过中西医乳腺肿瘤专家广泛多次论证而形成。旨在规范乳腺癌的中西医结合的诊断、治疗, 为临床医师提供中西医结合的标准化处理策略与方法, 全面提高中西医结合治疗乳腺癌的临床疗效和科研水平, 促进与国际学术发展接轨。

本指南 2022 年 5 月 26 日在国际实践指南平台登记 (注册号 IPGRP-2022 CN288)。指南制定初期通过问卷调查、专家深度访谈以及专家共识会议的形式, 构建主要临床问题, 采用 GRADE 方法对

证据体进行汇总和质量评价, 将证据体分为高 (A)、中 (B)、低 (C)、极低 (D) 4 个等级。基于专家意见, 采用德尔菲法达成共识, 形成推荐强度。若无法进行 GRADE 证据评价、但专家认可度  $\geq 75\%$  的条款综合推荐等级为弱推荐。纳入证据均为发表在核心期刊或 Science Citation Index 上的随机对照研究和 Meta 分析。主要参与单位共 70 家, 专家组成员来自北京、上海、广东、浙江、山东、内蒙古、湖北、河北等多地区, 涉及中医肿瘤内科、西医肿瘤内科、肿瘤外科、放疗科、循证医学、药理学、方法学等多领域专家, 共 103 人。

由于受地域、民族、种族、环境、生活习惯的影响, 在临床应用过程中, 应充分结合临床实际情况而定。

## 1 适用范围和说明

本指南可应用于浸润性乳腺癌的全程管理。适用于各级医院肿瘤科专业的中医 (中西医结合) 执业医师及经过中医培训的西医临床执业医师, 相关的护理人员和药师也可参考。

**基金项目:** 国家中医药管理局中西医结合与少数民族医药司政府购买服务项目 (ZYB-2022-798); 国家自然科学基金面上项目 (81973839); 中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目 (HLCMHPP2023037)

**作者简介:** 卢雯平, 女, 55 岁, 博士, 主任医师。研究方向: 乳腺癌及妇科恶性肿瘤的中西医结合防治。

**通信作者:** 卢雯平, E-mail: lu\_wenping@sina.com; 王笑民, E-mail: wangxiaomin\_bhtcm@126.com; 马飞, E-mail: mafei2011@139.com

**引用格式:** 卢雯平, 王笑民, 马飞. 乳腺癌中西医结合诊疗指南 [J]. 北京中医药, 2024, 43(1): 7-16.

## 2 乳腺癌的诊断和鉴别诊断

### 2.1 西医诊断思路

乳腺癌的诊断及分期按照《乳腺癌诊疗指南(2022)》<sup>[2]</sup>《NCCN Guidelines Version 3.2022 Breast Cancer》<sup>[3]</sup>和《AJCC 癌症分期手册 2018》<sup>[4]</sup>制定。通过临床表现、体格检查、影像学检查、组织病理学相结合进行乳腺癌诊断和鉴别诊断。乳腺癌常见的症状和体征有乳房肿块,大多数乳腺癌为无痛性肿块,质硬不规则;乳房皮肤改变常表现为“酒窝征”“橘皮征”,乳头乳晕区皮肤糜烂、结痂或脱屑,乳头的变化如乳头内陷、乳头溢液等。乳腺的影像学检查主要包括乳腺 X 线检查、乳腺超声以及乳腺 MRI 等。对临床怀疑恶性,或乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS) 4 类以上的病变应进行病理活检,推荐影像引导的空芯针穿刺活检。对病理活检诊断与临床诊断不相符的病例应密切随访,或手术切除肿物进行活检,以排除乳腺癌的可能。

炎性乳腺癌需与乳腺炎症性病变相鉴别,乳腺炎发病相对较快,典型者有“红、肿、热、痛”等症状,炎性乳腺癌的特征是乳腺皮肤弥漫红肿和水肿(橘皮),累及乳腺皮肤 1/3 或更多,皮肤的改变归因于淋巴水肿,是由皮肤淋巴管内瘤栓引起的,但很少疼痛。有时二者临床不易区分,需病理活检进行鉴别。

### 2.2 中西医结合诊断思路

西医辨病,根据乳腺癌的西医诊断标准进行诊断,结合中医辨证,通过望、闻、问、切四诊,采用八纲辨证、脏腑辨证,辨明邪正盛衰,明确中医辨证分型。病证结合、中西医结合以提高临床疗效。

## 3 早期乳腺癌预后预测评估

乳腺癌复发转移风险的评估,除与年龄、肿瘤的大小、淋巴结转移、组织分级、激素受体、HER-2 表达传统因素有关外,多基因检测工具为早期乳腺癌重要的预后预测工具。多基因检测预后预测工具目前主要有 5 个: 21 基因(Oncotype Dx®)、70 基因(MammaPrint)、50 基因(PAM50)、12 基因(EndoPredict)、乳腺癌指数(BCI)。主要针对 ER+/PR+、HER-2 阴性早期乳腺癌人群,但对于预测哪些患者可以从内分泌延长获益,哪些患者可以豁免化疗,主要是 Oncotype Dx®和 MammaPrint。MammaPrint 主要用于指导激素受体阳性、HER-2 阴性、区域淋巴结 0~3 枚阳

性、临床判断为高危的乳腺癌患者的辅助化疗决策: >50 岁 MammaPrint 低危,临床高危患者可免化疗; ≤50 岁患者应权衡利弊,不放弃化疗。

## 4 西医治疗方法

### 4.1 新诊断乳腺癌的治疗

新诊断乳腺癌需依据患者的临床分期和分子分型并结合患者身体耐受性给予相应的治疗选择,治疗方法包括手术、放疗、化疗、内分泌治疗、靶向治疗、免疫等。

4.1.1 手术: 乳腺癌手术范围包括乳腺和腋窝淋巴结两部分。乳腺处理有保乳手术和全乳切除。腋窝淋巴结处理是浸润性乳腺癌标准手术中的一部分,有前哨淋巴结活检(SLNB)和腋窝淋巴结清扫两种形式。目前的乳房切除术已由改良根治术发展为保留皮肤的乳房切除+乳腺重建手术,正常情况下,乳房再造不影响术后化疗的进行,也不会对放疗效果产生明显影响。

手术时机应综合考虑肿瘤的临床分期和患者的身体状况。对临床分期如 0、I、II 期及 T3N1M0 患者可选择进行初始手术;对于局部晚期(AJCC III 期, T3N1M0 除外)需先行新辅助治疗降期后再手术。对于强烈要求保乳、保腋窝但未达到条件(IIA-IIIB 及 T3N1M0)的患者,也可先给予新辅助治疗降期,而后再行保乳手术;具有一定肿瘤负荷的 HER-2 阳性和三阴性乳腺癌,若满足临床淋巴结阳性或肿瘤 >2 cm 者(优选人群),因新辅助治疗达到病理完全缓解(pCR)患者的预后优于未达到 pCR 者,并可利用新辅助治疗的疗效信息指导术后辅助治疗,故临床可先行新辅助治疗后再进行手术。

### 4.1.2 放疗:

(1) 放疗适应证: 原则上所有保乳术后的患者均应接受放疗(对年龄 >70 岁、乳腺肿瘤 ≤2 cm、无淋巴结转移、ER 阳性、能接受规范内分泌治疗的女性患者,可以考虑免放疗); 原发肿瘤 >5 cm、肿瘤侵及乳房皮肤、胸壁,或有腋窝淋巴结转移的患者应接受放疗。

(2) 照射剂量及分割方式: 乳腺常规分割照射剂量为 50Gy/2Gy/25f,近年来临床采用中等分割 40Gy/15f 或 42.5Gy/16f 越来越多,已成为乳腺癌放疗剂量的新标准。瘤床补量可序贯于全乳放疗后,在有经验的单位,可以考虑瘤床同步加量照射。只照射瘤床的部分乳房照射适合于低危患者,技术有术中放疗、近距离插植或外照射进行。

(3) 放疗时序: 术后放疗分 2 种, 无需进行术后化疗的患者若需放疗, 建议在术后 4~8 周内进行。若需接受术后辅助化疗, 于末次化疗后 2~4 周内开始放疗。

(4) 放疗合并用药: 内分泌治疗可与放疗同时进行。若需合并 CDK4/6 抑制剂治疗, 或需进行卡培他滨或奥拉帕利的强化治疗, 均推荐在放疗后进行。

接受曲妥珠单抗治疗的患者需保证心功能正常, 左心室射血分数 (LVEF) >50%, 可与放疗同步进行, 但需谨慎考虑内乳照射适应证。另外, 左侧乳腺癌患者应尽可能采用三维治疗技术, 以减少心脏照射体积。

(5) 局部区域复发后的放射治疗: 胸壁单个肿瘤复发, 原则上手术切除肿瘤后进行放射治疗; 若手术无法切除, 应先进行放射治疗。

4.1.3 全身治疗: 全身治疗的方案要对患者基本情况和肿瘤特点综合分析。要基于不同乳腺癌分子亚型来决定。全身治疗包括化疗、内分泌治疗、靶向治疗、免疫治疗等。化疗是基石, 其适用人群的选择除了考虑分子分型外, 还要考虑肿瘤大小、淋巴结转移情况、组织学分级和 Ki-67 表达等, 激素受体 (HR) 阳性, HER-2 阴性患者还可结合 21 基因检测等来进一步筛选。化疗方案选择包括①以蒽环类为主的方案, 如 AC (多柔比星/环磷酰胺), EC (表柔比星/环磷酰胺)。②蒽环类与紫杉类联合方案, 例如 TAC (T: 多西他赛)。③蒽环类与紫杉类序贯方案, 例如 AC→紫杉醇 (每周 1 次), AC→多西他赛 (每 3 周 1 次), 剂量密集型 AC 续贯紫杉醇 (每 2 周 1 次, 或每周 1 次)。④不含蒽环类的联合化疗方案: TC 方案 (多西他赛/环磷酰胺 4 或 6 个疗程), 适用于有一定复发风险的患者。⑤卡培他滨的强化治疗方案 (联合或序贯) 可考虑在三阴性乳腺癌中使用。

HR 阳性患者是内分泌治疗的适应人群, 内分泌治疗的药物包括他莫昔芬和芳香化酶抑制剂, 绝经前的患者还可与卵巢功能抑制剂 (OFS) 联合应用, 高危患者需合并 CDK4/6 抑制剂阿贝西利, 内分泌药物的选择和使用时长要综合考虑患者的复发风险和耐受性等因素。

HER-2 阳性乳腺癌辅助 (新辅助) 治疗以抗 HER-2 靶向药物联合化疗, 无淋巴结转移以曲妥珠单抗加化疗, 方案有 PH, TCH, EC-TH, TCbH; 若有淋巴结转移, 以曲妥珠单抗 (H) 加

帕妥珠单抗 (P) 联合双靶加化疗, 方案有 EC-THP、TCbHP, HER-2 阳性的新辅助治疗推荐双靶加化疗, TCbHP、EC-THP; 若新辅助治疗未达到 PCR, 术后辅助治疗可予抗体偶联药物 (ADC) 恩美曲妥珠单抗 (TDM-1) 治疗 1 年; 对于高危患者可再以小分子酪氨酸激酶抑制剂 (TKI) 奈拉替尼延长治疗 1 年。

三阴性乳腺癌以化疗为主, 若 PD-L1 表达阳性推荐使用帕博利珠单抗, BACA1/2 胚系突变可用奥拉帕利。

#### 4.2 复发转移性乳腺癌治疗

4.2.1 HR 阳性、HER-2 阴性复发转移性乳腺癌: 即便存在内脏转移及内脏危象, 内分泌治疗仍然是优选方案。HR 阳性晚期乳腺癌内分泌解救治疗方案的制订需要根据既往内分泌用药的情况, 一线推荐芳香化酶抑制剂或氟维司群±卵巢功能抑制联合阿贝西利或哌柏西利, 二线可予依维莫司合并依西美坦或氟维司群±卵巢功能抑制, 或依维莫司+他莫昔芬; 还可进行 PIK3CA 基因和 BRCA 基因检测, 若有突变可给予 Alpelisib+氟维司群或奥拉帕利治疗。

4.2.2 HER-2 阳性复发转移性乳腺癌解救治疗: 持续的抗 HER-2 治疗是 HER-2 阳性晚期乳腺癌重要的治疗原则。即使转移灶转阴, 不排除继续谨慎使用抗 HER-2 治疗并监测疗效。未使用过曲妥珠单抗, 或符合再使用条件 (辅助治疗结束 >1 年复发), 应首选曲妥珠单抗±帕妥珠单抗+紫杉类化疗方案、曲妥珠单抗±吡咯替尼+多西他赛方案, 若曲妥珠单抗耐药, 推荐恩美曲妥珠单抗 (TDM1); 吡咯替尼/奈拉替尼联合卡培他滨, 后线可选择 ADC 药物德曲妥珠单抗 T-DXD; 另外还可更换化疗药物, 如吉西他滨、长春瑞滨与靶向药物结合, 均可作为晚期 HER-2 阳性解救治疗的选择。对于脑转移的患者应局部手术、放疗与全身治疗相结合, 全身治疗可选小分子 TKI 方案如 tucatinib+曲妥珠单抗+卡培他滨、吡咯替尼/拉帕替尼+卡培他滨, 以及 ADC 药物 T-DXD。

4.2.3 三阴性复发转移性乳腺癌: 治疗以化疗为主, 方案包括单药序贯化疗或联合化疗, 既往蒽环类药物治疗失败患者通常首选紫杉类药物 (白蛋白紫杉醇、多西他赛、紫杉醇); 对蒽环类和紫杉类药物治疗失败的患者, 尚无标准化疗药物。卡培他滨、长春瑞滨、吉西他滨、铂类、艾立布林等均可根据情况选用。解救治疗方案选择还有

ADC类药物戈沙妥珠单抗(SG)、对于PD-L1表达阳性CPS评分 $\geq 10$ 的患者,可用白蛋白紫杉醇或吉西他滨联合卡铂+PD-1抑制剂,对于BRCA1/2存在胚系突变,可用奥拉帕利,对于HER-2低表达(IHC HER-2 1+或HER-2 2+)晚期转移性三阴性乳腺癌可选用含T-DXd。

## 5 中西医结合治疗

中医药有助于减轻放疗、化疗、内分泌等治疗的不良反应,调节患者免疫功能和体质状况,改善癌症相关症状和生活质量,延长生存期,可以作为乳腺癌治疗的重要辅助手段。分型施治随着西医精准医学应运而生,是本指南首次明确提出的新概念,虽亦有一些循证医学研究,但仍处于起步阶段<sup>[5]</sup>。

### 5.1 急病阶段中医管理

急病阶段是指乳腺癌诊断后需行手术、化疗、放疗等治疗的阶段,中医药可作为辅助治疗手段以减轻不良反应,扶助正气。

5.1.1 手术相关并发症的中医管理:乳腺癌术后常见的并发症有皮下积液、伤口难愈、上肢淋巴水肿等。

(1) 乳腺癌术后皮下积液:多发生于皮瓣下及腋窝,发生率6%~42%。易延迟伤口愈合,且易造成局部感染和皮瓣坏死,严重影响患者术后康复过程。目前现代医学治疗皮下积液的方法主要有低位放置引流条、引流管或负压引流,加压包扎和肩关节制动等。中医认为乳腺癌术后脉络损伤,津液流溢于脉道之外,停留在肌肉、皮肤之间隙,则发为皮下积液。

推荐意见:乳腺癌术后皮下积液可口服中药干预。治法:益气健脾、活血利水;方剂:防己茯苓汤加减<sup>[6]</sup>(黄芪30g,汉防己9g,茯苓30g,桂枝9g,甘草6g)(证据等级:C级,推荐强度:强推荐)。

(2) 乳腺癌术后伤口难愈:乳腺癌术后伤口难愈也是乳腺癌术后常见并发症之一,影响患者术后的功能恢复及术后放化疗的正常进行,中医认为乳腺癌术后气血不足,脉络损伤,易感外邪,瘀血内停,阻遏气机,局部失于濡养。

推荐意见:乳腺癌术后伤口难愈可口服中药或外用中成药干预。治法:益气扶正、活血化瘀;方剂:当归补血汤加减(黄芪30g,当归12g)(证据等级:C级,推荐强度:强推荐);中成药:生肌玉红膏(轻粉、紫草、当归、血竭、甘草、

白芷、白蜡等)、京万红软膏(地榆、黄柏、栀子、紫草、大黄、金银花、冰片、红花等)(证据等级:C级,推荐强度:强推荐)。

(3) 乳腺癌术后上肢淋巴水肿:乳腺癌患者术后上肢淋巴水肿,与手术及放疗后组织瘢痕或纤维化形成有关,西医治疗可采用淋巴静脉吻合的显微淋巴回流重建手术,将淋巴液直接引流入静脉系统,从而绕过阻塞的淋巴管;也可手法引流、弹力绷带、机械压力等物理疗法治疗。中医认为乳腺癌术后脉络损伤,气虚瘀血水饮内停,治疗应以益气活血、利水消肿为法。

推荐意见:乳腺癌术后上肢淋巴水肿可口服或外用中药干预。治法:益气活血、利水消肿;方剂:防己黄芪汤加减(防己15g,黄芪30g,白术12g,甘草6g,生姜6g,大枣2枚)或黄芪桂枝五物汤加减(黄芪30g,桂枝10g,白芍10g,生姜6g,大枣2枚)(证据等级:C级,推荐强度:强推荐);中药外敷:黄芩40g,黄柏40g,黄连40g,大黄40g,芒硝100g(证据等级:C级,推荐强度:强推荐)。

### 5.1.2 乳腺癌化疗相关不良反应的中医管理:

(1) 消化道反应:是化疗最常见不良反应之一,发生率80%~90%,恶心呕吐可能造成代谢紊乱、营养失调,导致化疗中断,西医常采取止吐、保护胃黏膜等治疗,主要药物有5-羟色胺3(5-HT<sub>3</sub>)受体拮抗剂如昂丹司琼、格拉司琼等,也可合并异丙嗪、苯海拉明、地塞米松;化疗相关恶心呕吐属于中医学呕吐范畴,现代中医多数认同“药毒入体,损伤脾胃”的观点,治疗上常以药物及中医适宜技术调畅中焦气机、健脾和胃降逆为主。

推荐意见:乳腺癌化疗恶心呕吐等消化道不良反应可口服中药干预。治法:益气和胃、降逆化痰;方剂:旋覆代赭汤加减<sup>[7]</sup>(旋覆花10g,代赭石30g,制半夏10g,炙甘草6g,生姜3片,大枣6枚)(证据等级:C级,推荐强度:强推荐)。

(2) 骨髓抑制:是化疗药物最常见和较严重的不良反应之一,引起白细胞、血小板或红细胞下降,可单独或同时出现,严重者会导致化疗药物减量甚至中断。西医常采用粒细胞集落刺激因子(G-CSF)、促红细胞生成素(EPO)、重组人白介素-11(rhIL-11)、血小板生成素(TPO)、输血等治疗骨髓抑制,中医认为肾主骨生髓,为先天之本,脾为后天之本,气血生化之源,有形之血

不能自生，生于无形之气，以健脾益肾为治则，改善化疗后骨髓抑制不良反应。

推荐意见 1：乳腺癌化疗期间可口服中药汤剂干预骨髓抑制。治法：益气补血、健脾化痰、益肾填精；方剂：八珍汤加减<sup>[8]</sup>（党参 20 g，生黄芪 30 g，白术 10 g，茯苓 12 g，熟地黄 30 g，白芍 30 g，当归 12 g，地榆 12 g，菟丝子 30 g，炙甘草 6 g）或六君子汤加减<sup>[9]</sup>（党参 30 g，白术 15 g，女贞子 12 g，茯苓 12 g，薏苡仁 30 g，黄芪 30 g，炙甘草 9 g，红枣 30 g，石斛 12 g，制半夏 10 g，山药 30 g，炒麦芽 12 g，炒谷芽 12 g）或加味龟鹿二仙汤加减（龟甲 50 g，鹿角胶 15 g，阿胶 9 g，枸杞子 15 g，沙参 15 g，西洋参 15 g，或红参 15 g）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

推荐意见 2：乳腺癌化疗期间，可口服贞芪扶正颗粒、复方皂矾丸、芪胶升白胶囊、地榆升白片、艾愈胶囊、生血宝颗粒防治骨髓抑制<sup>[10-13]</sup>（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

(3) 心脏毒性：乳腺癌治疗中最常用的化疗药蒽环类、紫杉类以及抗 HER-2 的靶向药曲妥珠单抗均有不同程度的心脏毒性，严重者可引起心力衰竭。蒽环类药物可能导致长期心脏毒性，靶向药物，尤其是曲妥珠单抗，相关心脏毒性停止治疗后可逆转，出现心功能异常应立即停用相关治疗药物。目前研究显示血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）、 $\beta$ 受体阻滞剂、曲美他嗪、右丙亚胺等可能对心肌损害具有保护作用，可改善心室重构及心肌缺血，降低心力衰竭及心血管不良事件的发生风险<sup>[14]</sup>。中医认为化疗（靶向治疗）引发心脏毒性的临床表现属中医学“心悸”范畴，临床常使用益气养阴清热、宁心安神，或佐以活血化瘀、化痰利水中药治疗。

推荐意见：乳腺癌化疗（靶向）治疗时可口服中药及中成药干预。治法：益气滋阴、活血养心；方剂：生脉散加减（人参 9 g，麦冬 9 g，五味子 6 g）或炙甘草汤加减（炙甘草 15 g，生地黄 15 g，生姜 10 g，桂枝 10 g，人参 10 g，阿胶 9 g，麦冬 10 g，火麻仁 10 g，大枣 10 枚）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）<sup>[15-18]</sup>；中成药：复方丹参滴丸（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

(4) 脱发：脱发是肿瘤患者化疗最常见的不良反应之一，可引起患者负面情绪，降低生活质量；中医学认为“发为血之余”，血是头发生长的

物质基础。而脾胃为气血生化之源，肾主骨生髓，髓可养脑、化血、生骨。临床通过益气健脾、补肾治疗化疗后的脱发。

推荐意见：在乳腺癌化疗期间可以口服中药或头皮外用降温冰帽防治脱发。治法：养血补肾、益气健脾；方剂：四君子汤联合七宝美髯丹加减（黄芪 30 g，党参 15 g，炒白术 15 g，茯苓 15 g，制何首乌 10 g，牛膝 10 g，当归 10 g，枸杞子 10 g，菟丝子 10 g，补骨脂 10 g）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）；或使用冰帽<sup>[19]</sup>（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

化疗所致的周围神经损伤可参考相关共识<sup>[20]</sup>，本指南不再赘述。

5.1.3 乳腺癌放疗相关不良反应的中医管理：放疗是乳腺癌术后治疗的重要手段，最常见的放疗相关不良反应为放射性皮肤损伤和放射性肺损伤。有研究表明，绝大部分接受放疗的患者会出现不同程度的皮肤损伤，程度较轻时具有自愈性，但重度的皮肤损伤可能会导致溃疡、坏死等；接受胸部放疗后 5%~20% 的患者会发生包括急性放射性肺炎和放射性肺纤维化在内的放射性肺损伤，目前尚无治疗放射性损伤的特效药。放射性损伤可类比中医学“疮疡”“咳嗽”“肺痿”等疾病治疗。

(1) 放射性皮肤损伤：推荐意见：乳腺癌放疗可以使用中药或中成药外敷防治放射性皮肤损伤。治法：清热解毒、活血化瘀；方剂：四妙勇安汤加减<sup>[21]</sup>（金银花 30 g，玄参 30 g，当归 20 g，甘草 10 g，冰片 10 g）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）；中成药：康复新液（证据等级：D 级，推荐强度：弱推荐）。

(2) 放射性肺炎：推荐意见：乳腺癌放疗可以使用中药或中成药防治急性放射性肺炎。

①痰热郁肺证：治法：清热解毒、清肺化痰；中成药：痰热清注射液<sup>[22]</sup>（黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）；②气阴两虚证：治法：益气养阴；方剂：百合固金汤加减<sup>[23]</sup>（百合 12 g，麦冬 12 g，熟地黄 12 g，生地黄 10 g，玄参 9 g，川贝母 9 g，石斛 12 g，沙参 12 g，天花粉 15 g）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）；③热毒犯肺证：治法：清热化痰；方剂：苇茎汤加减（芦根 30 g，桃仁 9 g，薏苡仁 15 g，冬瓜仁 15 g）（证据等级：D 级，推荐强度：弱推荐）；④肺燥阴亏证：治法：养阴

清肺；方剂：养阴清肺汤加减（生地黄10g，玄参9g，薄荷6g，川贝母9g，牡丹皮9g，桔梗9g），或清燥救肺汤加减〔生石膏30g，亚麻子15g，阿胶9g，枇杷叶10g，党参（或太子参）15g，炒苦杏仁9g〕，或沙参麦冬汤加减（沙参10g，麦冬10g，玉竹10g，桑叶10g，扁豆15g，天花粉12g，生甘草6g）（证据等级：D级，推荐强度：弱推荐）。

（3）放射性肺纤维化：推荐意见：乳腺癌放疗可以口服中药防治放射性肺纤维化。治法：行气化痰；方剂：血府逐瘀汤加减（桃仁10g，川芎5g，红花9g，炙甘草6g，枳壳6g，赤芍6g，柴胡3g，桔梗5g，当归9g，牛膝9g）（证据等级：D级，推荐强度：弱推荐）。

## 5.2 早期巩固强化治疗

早期巩固阶段是指初次诊断的乳腺癌经系统治疗达到临床完全缓解后，很多患者会继续寻求中医强化治疗，中医强化治疗是在整体观念的指导下，辨证论治，治病求本，通过改良“土壤”微环境，扶助正气，增强免疫力，以达到防止肿瘤复发及转移的目的。早期巩固强化治疗可与随访期伴随疾病的中医治疗参照进行。

通过以方测证及专家共识将早期巩固强化治疗阶段明确为以下2种证型。

（1）肝气郁结证：主症：精神抑郁或急躁易怒，口苦或干，乳房或胁肋胀痛。次症：纳差，善太息，食少，失眠或多梦。舌脉：舌淡，苔薄，脉弦。治法：疏肝解郁、行气散结。方剂：逍遥散加减（柴胡12g，当归12g，白芍12g，薄荷6g，茯苓12g，白术12g，生姜9g，炙甘草6g）（证据等级：C级，推荐强度：强推荐）。

（2）冲任失调证：主症：乳房刺痛固定，腰膝酸痛，潮热汗出，月经失调。次症：头晕目眩，急躁易怒，面色晦暗，黄褐斑，大龄未育（>30岁），多次流产史（>3次）。舌脉：舌质淡红或淡暗，或舌下脉络青紫迂曲，苔薄白或少苔，脉沉细或弦细或涩。治法：调理冲任、补益肝肾。方剂：桃红四物汤和六味地黄丸加减（桃仁12g，红花9g，生地黄12g，赤芍12g，川芎12g，熟地黄12g，山茱萸12g，牡丹皮9g，山药12g，泽泻15g，茯苓15g）。

辨证加减：气滞不舒，胁痛剧者加青皮9g、枳壳9g、八月札9g、香附9g；气郁化火者加牡丹皮9g、绿萼梅9g、焦栀子9g；血瘀重者加三

棱6g、莪术9g；潮热甚者加天冬12g；失眠、盗汗、潮热者加百合12g、合欢皮12g、炒酸枣仁15g、麻黄根30g等。余毒未尽者可选用白花蛇舌草、龙葵、白英、半枝莲、山慈菇、全蝎、重楼、青蒿等解毒祛邪类药物（证据等级：C级，推荐强度：强推荐）。

早期乳腺癌巩固阶段，中成药可以口服斑蝥胶囊（斑蝥、刺五加、半枝莲、黄芪、女贞子、山茱萸、人参、三棱、莪术、熊胆粉、甘草），槐耳颗粒（槐耳清膏），西黄胶囊（丸）（人工牛黄、人工麝香、醋乳香、醋没药），平消胶囊〔郁金、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆（制）、枳壳（麸炒）、马钱子粉〕<sup>[24]</sup>以改善生存（证据等级：C级，推荐强度：强推荐）。

## 5.3 晚期姑息性治疗

晚期姑息性治疗是指乳腺癌根治性手术治疗后出现复发转移或初治即为IV期。本阶段中医治疗应注重扶正气、辨局部，以达到改善症状、延长生存、提高生活质量的目的。若此阶段需合并西医治疗时，中医干预参考“5.1急病阶段中医管理”。通过专家共识将晚期姑息性治疗阶段明确为以下4种证型。

（1）气血两虚证：主症：形体消瘦，面色无华，唇甲色淡，气短乏力，动辄尤甚，头昏心悸，目眩眼花，动则多汗。次症：口干舌燥，纳呆食少。舌脉：舌质红或淡，脉细或细弱。治法：补益气血、理气散结；方剂：香贝养荣汤加减（白术12g，党参12g，茯苓15g，陈皮9g，熟地黄12g，川芎9g，当归9g，白芍12g，浙贝母10g，香附9g，桔梗9g，甘草6g，连翘12g，白花蛇舌草15g，枳壳9g）（证据等级：C级，推荐强度：强推荐）。

（2）脾肾亏虚证：主症：身体可触及包块，皮色不变，腰膝酸软，腹中冷痛，形寒肢冷，面色白。次症：肢体浮肿，关节酸痛，神疲乏力，久泻久痢，下利清谷/便秘，小便不利/频数。舌脉：舌淡胖或边有齿痕，舌苔白滑，脉沉细无力。治法：温阳补血、散寒通滞；方剂：阳和汤加减（鹿角胶6g，蜜麻黄6g，肉桂6g，白芥子6g，山慈菇9g，皂角刺10g，黄芪30g，白术12g，白花蛇舌草15g）（证据等级：C级，推荐强度：强推荐）。

（3）肝郁脾虚证：主症：胁胀作痛，情志抑郁，腹胀，便溏。次症：胸胁胀满窜痛，善太息，

或急躁易怒，食少，腹胀，便溏不爽，肠鸣矢气，或腹痛欲便，泻后痛减，或大便溏结不调。舌脉：舌苔白，脉弦或缓。治法：疏肝健脾、解毒散结；方剂：逍遥散加减（柴胡 12 g，当归 12 g，白芍 12 g，薄荷 6 g，茯苓 12 g，白术 12 g，生姜 9 g，炙甘草 6 g，白花蛇舌草 15 g，半枝莲 15 g，山慈菇 9 g）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

（4）瘀毒互结证：主症：乳房红肿疼痛，肤色紫暗，或溃破不收，乳头溢液，糜烂溃疡，甚至发热，肋肋胸部疼痛。次症：口干渴，大便干结，小便短赤。舌脉：舌绛有瘀斑，苔薄黄或厚黄，脉涩或弦数或沉弱。治法：行气活血、解毒化瘀；方剂：西黄胶囊（丸）（乳香 5 g，没药 5 g，体外牛黄 0.15 g，黄芪 30 g，牡丹皮 9 g，青皮 9 g，山慈菇 9 g，皂角刺 10 g，龙葵 15 g，白花蛇舌草 15 g，白英 15 g）（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

晚期维持阶段注重辨局部，骨转移可加透骨草 15 g、鹿衔草 15 g、骨碎补 9 g、桑寄生 15 g；肝转移可加鳖甲 15 g、预知子 9 g、凌霄花 9 g、鼠妇 6 g、枸杞子 12 g；肺转移可加桔梗 9 g、麦冬 12 g、五味子 6 g、黄芩 9 g、僵蚕 10 g；脑转移加全蝎 5 g、蜈蚣 5 g、制天南星 9 g、枸杞子 12 g、菊花 9 g；皮下转移破溃可加金银花 15 g、蒲公英 15 g；淋巴转移者可选用浙贝母 10 g、生龙骨 30 g、生牡蛎 30 g、海藻 12 g、夏枯草 15 g、猫爪草 30 g 等；乳房胸痛剧者可选用川楝子 9 g、郁金 9 g、青皮 9 g、枳壳 9 g、八月札 9 g、香附 9 g、橘络 9 g；气郁化火者可加牡丹皮 9 g、绿萼梅 9 g、焦栀子 9 g（专家认可度≥75%，推荐强度：弱推荐）。

晚期乳腺癌姑息治疗推荐口服中成药华蟾素胶囊（片）（干蟾皮提取物）、槐耳颗粒（槐耳清膏）、平消胶囊 [郁金、马钱子粉、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆（制）、枳壳（麸炒）]，静脉给予艾迪注射液<sup>[25]</sup>（斑蝥、人参、黄芪），参芪扶正注射液<sup>[26]</sup>（党参、黄芪、氯化钠），苦参注射液<sup>[27]</sup>（苦参、白土苓），以提升患者生存质量、降低不良反应（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

#### 5.4 不同分子分型中医临床施治要点

乳腺癌是一种高度异质性疾病，不同分子分型的乳腺癌生物学特性有很大不同，将现代医学精准治疗的理念融入中医的临床实践，才能使中医个体化治疗内容不断完善丰富。中医辨证论治

理论指导下的分型施治在中西医结合的乳腺癌临床实践中有重要作用<sup>[28]</sup>。

Luminal 型乳腺癌，占全部乳腺癌的 60%~70%。此型为雌激素依赖性乳腺癌，在辨证治疗时要避免使用具有明显雌激素样作用的中药<sup>[29]</sup>。中医认为多与冲任失调、肝肾不足有关，可予疏肝益肾、调和冲任中药，组成：柴胡 12 g，合欢皮 15 g，白术 15 g，茯苓 15 g，枸杞子 12 g，桑寄生 15 g，女贞子 12 g，熟地黄 12 g，山茱萸 12 g，怀牛膝 12 g，莪术 9 g（证据等级：B 级，推荐强度：强推荐）。

三阴性乳腺癌占乳腺癌 15%~20%，具有独特的生物学特性和临床特征，与其他亚型的乳腺癌相比，其侵袭性强、恶性程度高、易发生内脏转移。中医认为三阴性乳腺癌的病机多是本虚标实，癌毒内盛，癌毒伏于体内是三阴性乳腺癌复发转移的核心病机。对于三阴性乳腺癌患者，推荐辨证论治基础上，加减使用解毒中药，如白花蛇舌草 15 g、山慈菇 9 g、龙葵 15 g、白英 15 g、半枝莲 15 g、夏枯草 15 g、莪术 9 g、蜂房 5 g 等（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）。

HER-2 阳性乳腺癌约占乳腺癌的 25% 左右，在不同分子分型乳腺癌中，HER-2 阳性脑转移的比例最高，治疗强调扶正、祛风痰，可在辨证治疗时考虑选用祛风痰中医，如全蝎 5 g、蜈蚣 2 条、石菖蒲 9 g、郁金 9 g、川芎 9 g、山慈菇 9 g、制天南星 9 g、蜂房 5 g 等（证据等级：D 级，推荐强度：弱推荐）。

#### 5.5 随访期伴随常见疾病（症状）中医管理

随着对乳腺癌筛查的重视与规范化诊疗技术的提升，我国乳腺癌患者治愈率显著提高，患者生存时间显著延长。患者面临的肿瘤及相关其他健康问题，如心血管、骨健康、心理健康等问题也逐渐增加，成为随访期乳腺癌患者管理的新难题，其不仅影响到患者的生活质量，甚至转化为疾病复发和死亡风险。中医药对乳腺癌疾病本身或长期治疗导致的并发症的控制也出现了很多高水平的临床研究，提供了一些较高证据级别的方法。本条目讨论的问题可与早期巩固强化治疗互相参照。

5.5.1 血脂异常的中医管理：我国超过半数的乳腺癌患者处于围绝经期或绝经期。随着雌激素水平下降，血脂异常的发生率明显上升；化疗亦会升高乳腺癌患者的血脂水平，全程关注乳腺癌患

者的血脂情况并给予适当干预,有助于防治动脉粥样硬化性心血管病(ASCVD)的发生,并可降低乳腺癌的复发风险。除控制饮食和改善生活方式,西医对血脂异常的治疗药物包括他汀类、贝特类、烟酸类药物、胆固醇吸收抑制剂等,中药治疗在临床上也取得了一定的疗效<sup>[30]</sup>。

推荐意见:血脂异常的乳腺癌患者可以使用中成药或中医适宜技术干预。可口服丹田降脂丸<sup>[31]</sup>、荷丹片<sup>[32]</sup>、血脂康胶囊<sup>[33]</sup>,或电针足三里、丰隆、三阴交、中脘、天枢以改善血脂异常<sup>[34]</sup>(证据等级:C级,推荐强度:强推荐)。

5.5.2 乳腺癌患者精神心理的中医管理:乳腺癌患者在治疗过程中会经历身体多方面的变化,比如乳房切除术后身体形象的改变,化疗药物造成的脱发、疲乏、激素相关性失眠、潮热、性相关问题等都会影响患者的心理状态。目前西医治疗主要有药物治疗与心理治疗。药物治疗有苯二氮草类抗焦虑药,5-HT<sub>1A</sub>受体部分激动剂,具有抗焦虑作用的抗抑郁药,包括选择性5-HT再摄取抑制剂(SSRIs)、5-HT和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs),常用药物有文拉法辛、度洛西汀、艾司西酞普兰等。心理治疗包括团体心理疗法、正念疗法等。西医药物治疗易引发抑制呼吸、影响昼间觉醒质量、消化系统症状、停药反跳、成瘾性等不良反应,且干预周期较长,患者常具有抵触心理,依从性差。焦虑相当于中医学的“郁病”“惊悸”等范畴,临床辨证论治为主,结合精神治疗,解除致病病因,促进心身健康的恢复。

推荐意见:乳腺癌合并焦虑可以口服中药干预。①肝郁脾虚证:治法:疏肝健脾;方剂:逍遥散加减(柴胡10g,白术12g,茯苓15g,当归12g,白芍15g,薄荷6g)(证据等级:C级,推荐强度:强推荐)。②肾阴虚证:治法:滋阴补肾;方剂:六味地黄汤加减(熟地黄15g,山药12g,山茱萸12g,泽泻10g,牡丹皮10g,茯苓10g)(证据等级:C级,推荐强度:强推荐)。

5.5.3 癌因性疲乏的中医管理:NCCN指南中定义癌因性疲乏(CRF)为一种痛苦的、持续的、主观的、有关躯体、情感或认知方面的疲乏感或疲惫感,与近期的活动量不符,与癌症或癌症的治疗有关,并且妨碍日常生活,是肿瘤患者最常见、最痛苦的相关症状之一。目前西医常用的药物包括精神兴奋药,如哌醋甲酯、莫达非尼,短期使用地塞米松等,但研究表明其临床获益有限。中

医学认为CRF是乳腺癌患者在治疗过程中,由于放化疗药物或其他多种药物作用于机体,引起气血阴阳失调,脏腑功能虚损,日久不复而成。临床上,以虚证及虚实夹杂证多见。虚主要以气、血、阴、阳不足为主;虚实夹杂则主要为脏腑功能失调,同时兼有痰湿、气郁及血瘀等病邪阻滞。

推荐意见:乳腺癌伴随癌因性疲乏可使用中药汤剂干预。治法:补中健脾、益气养血;方剂:八珍汤加减(当归10g,川芎10g,白芍10g,熟地黄10g,人参9g,白术10g,茯苓15g)或四君子汤加减(党参10g,茯苓15g,白术12g,炙甘草6g)(证据等级:D级,推荐强度:弱推荐)。

5.5.4 骨丢失和骨质疏松的中医管理:自然绝经的女性骨密度每年下降1.9%,易出现骨量减少和骨质疏松及骨折;绝经前乳腺癌患者如接受卵巢去势,骨丢失、骨质疏松及骨折的风险亦明显增加。此外,如乳腺癌患者接受芳香化酶抑制剂(AI)或化疗等治疗,导致骨量丢失加速,骨折的风险进一步增加,故此类乳腺癌患者都应监测骨密度。所有患者均应进行生活方式干预,包括户外活动,增加日光照射,进食含钙丰富的食物,戒烟戒酒,特别注意防止跌倒和身体猛烈撞击。对于低骨量、骨质疏松或存在危险因素的患者,除需改善生活方式外,还应及时给予适当的药物管理,常用药物包括钙剂、维生素D、地舒单抗、双膦酸盐等。中医参考“骨痹”“骨痿”等病的治疗,多认为是肾气渐衰、肾精不充、冲任亏虚所致,采用补益肝肾治其本,通络止痛治其标。

推荐意见:乳腺癌内分泌治疗伴随骨相关症状可以口服金天格胶囊<sup>[35-37]</sup>(证据等级:C级,推荐强度:强推荐);或可应用针灸(外关、足临泣、阳陵泉、合谷、解溪、太溪)+耳穴(神门、肾、肝、交感)(证据等级:C级,推荐强度:弱推荐)。

5.5.5 手足皮肤不良反应的中医管理:乳腺癌常用化疗药如阿霉素、卡培他滨等引起的手足综合征(HFS),与多靶点酪氨酸激酶抑制剂如安罗替尼、仑伐替尼及小分子酪氨酸激酶抑制剂阿帕替尼引起的手足皮肤反应(HFSR)统称为手足皮肤不良反应,主要表现为局部皮肤角化过度、手足部敏感、麻刺感、烧灼感、红斑肿胀、皮肤变硬、起茧、起泡、发干、皲裂、脱屑等症状,多为双侧性。易出现在治疗后2~4周,与药物对血管的损伤、手足部汗腺较多、外部机械压力有关。西医



缺乏有效药物，严重者可导致剂量下调或更换方案。此类皮肤不良反应属于中医学“浸淫疮”“指疔”“鹅掌风”范畴。中医治以活血、消肿、止痛为法，常以局部熏蒸外洗，直达病所。

推荐意见：乳腺癌化疗或靶向治疗导致的手足皮肤不良反应可外用中药或中医适宜技术干预。治法：活血化瘀、祛痒止痛；方剂：黄芪桂枝五物汤加减（红花 10 g，当归 20 g，桂枝 10 g，黄芪 20 g，赤芍 15 g，紫草 30 g，川乌 10 g，草乌 10 g，制附子 10 g，鸡血藤 30 g）外洗（证据等级：C 级，推荐强度：强推荐）；以皲裂为主加黄精、白及；渗出液增多可加黄柏、黄连；疼痛甚加五灵脂、蜂房、老鹳草；或以中成药康复新液外敷（证据等级：D 级，推荐强度：弱推荐）；中医适宜技术：可考虑应用灸法（合谷、三阴交、太冲、督脉）（证据等级：D 级，推荐强度：弱推荐）。

## 6 结语

《乳腺癌中西医结合诊疗指南》是一部基于现代循证医学原则，并结合中医临床特点，针对中国人群的中西医结合诊疗指南，但本指南并未能涵盖所有可能的临床情况，也不能取代个性化治疗，未尽事宜，需请同道斧正，共同为实现提高中西医结合治疗乳腺癌的水平，推动中医药治疗乳腺癌规范化、国际化而努力。

## 参考文献

- [1] SIEGEL RL, MILLER KD, WAGLE NS, et al. Cancer statistics, 2023[J]. CA Cancer J Clin, 2023, 73(1):17-48.
- [2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 乳腺癌诊疗指南(2022年版)[J]. 中国合理用药探索, 2022, 19(10): 1-26.
- [3] GRADISHAR WJ, MORAN MS, ABRAHAM J, et al. Breast Cancer, Version 3.2022, NCCN clinical practice guidelines in oncology[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2022, 20(6):691-722.
- [4] GIULIANO AE, EDGE SB, HORTOBAGYI GN. Eighth edition of the AJCC cancer staging manual: breast cancer [J]. Ann Surg Oncol, 2018, 25(7):1783-1785.
- [5] 裴晓华, 周瑞娟. 乳腺癌中医药诊治的现状与未来[J]. 北京中医药, 2023, 42(7):704-707.
- [6] 肖金禾, 裴晓华, 张小苗, 等. 中药外治法治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿 Meta 分析[J]. 中医学报, 2019, 34(4): 891-896.
- [7] 史国军, 山广志, 王海荣, 等. 旋覆代赭汤加味防治肿瘤化疗后恶心呕吐随机对照试验的 Meta 分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2011, 18(23):1881-1884.
- [8] 庄凌云, 毕倩宇, 季旭明. 益气补血法治疗癌症化疗后骨髓抑制疗效的 Meta 分析[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(8):2033-2037.
- [9] 程权, 王舒洁. 中医药联合化疗治疗乳腺癌术后疗效 Meta 分析[J]. 新中医, 2020, 52(13):9-13.
- [10] 黄超, 黎丽群, 吴耀忠, 等. 芪胶升白胶囊防治恶性肿瘤化疗后骨髓抑制疗效的 Meta 分析[J]. 山东医药, 2015, 55(24):66-68.
- [11] 唐仕敏, 兰家平, 王述红. 复方皂矾丸预防及治疗恶性肿瘤化疗后骨髓抑制的 meta 分析[J]. 现代医药卫生, 2016, 32(21):3285-3288.
- [12] 童静, 李鹏飞. 芪贞扶正制剂辅助化疗治疗肿瘤疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 药物评价研究, 2021, 44(8): 1772-1782.
- [13] 赵泽丰, 何希瑞, 张强, 等. 地榆升白片治疗肿瘤化疗后引起的白细胞减少 Meta 分析[J]. 西北药学杂志, 2017, 32(5):648-652.
- [14] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会, 中华医学会肿瘤学分会乳腺肿瘤学组. 中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2024年版)[J]. 中国癌症杂志, 2023, 33(12):1092-1187.
- [15] ZHANG XN, LI YY, ZHANG YH, et al. Shengmai San for treatment of cardiotoxicity from anthracyclines: A systematic review and meta-analysis[J]. Chin J Integr Med, 2022, 28(4):374-383.
- [16] 李双凤, 李春, 于瑞丽, 等. 中药汤剂治疗蒽环类药物所致心脏毒性的网状 Meta 分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24(1):183-194.
- [17] 刘璨, 邢雁伟, 苏鑫, 等. 中医药对肿瘤蒽环类化疗导致心脏毒性保护作用的 meta 分析[J]. 海南医学院学报, 2022, 28(5):377-389.
- [18] 王海坤, 吴娜, 苏丹, 等. 中药注射液防治蒽环类抗生素致心脏损伤的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(16):4517-4528.
- [19] WANG S, YANG T, SHEN A, et al. The scalp cooling therapy for hair loss in breast cancer patients undergoing chemotherapy: a systematic review and meta-analysis[J]. Support Care Cancer, 2021, 29(11):6943-6956.
- [20] 樊碧发. 化疗所致周围神经病理性疼痛中西医诊治专家共识[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2021, 28(23):1761-1767, 1779.
- [21] 丁彤晶, 念家云, 张青, 等. 中医外治法治疗急性放射性皮炎疗效的 Meta 分析[J]. 北京中医药, 2021, 40(1): 90-95.
- [22] 燕忠生, 冯石芳, 李斌儒, 等. 痰热清注射液治疗放射性肺炎的更新 Meta 分析[J]. 西部中医药, 2015, 28(7): 63-67.
- [23] 葛劲松, 刘传, 范源, 等. 百合固金汤联合抗生素及激素

- 治疗放射性肺炎的Meta分析[J]. 甘肃医药,2015(8): 566-570.
- [24] 来保勇, 吕灵艳, 赵静, 等. 10种口服中成药联合化疗治疗乳腺癌的网状Meta分析[J]. 中草药,2021,52(21): 6609-6624.
- [25] CHAI Y, CHEN Y, LI W, et al. Efficacy and safety of aidi injection as an adjuvant therapy on advanced breast cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2020:2871494.
- [26] ZHANG H, CHEN T, SHAN L. ShenQi FuZheng injection as an adjunctive treatment to chemotherapy in breast cancer patients: a meta-analysis[J]. Pharm Biol, 2019,57 (1):612-624.
- [27] LAI BY, CHU AJ, YU BW, et al. Clinical effectiveness and safety of Chinese herbal medicine compound kushen injection as an add-on treatment for breast cancer: A systematic review and meta-analysis[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022:8118408.
- [28] 中国中西医结合学会肿瘤专业委员会, 北京乳腺病防治学会中西医结合专业委员会, 北京中西医慢病防治促进会乳腺癌整合防治全国专家委员会. 乳腺癌中西医结合诊疗共识[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2021, 13(7):44-64.
- [29] 林芝娴, 陈江锋, 周丽琴, 等. 补肾法对乳腺癌患者内分泌治疗后性激素影响的Meta分析[J]. 浙江中西医结合杂志,2019,29(7):584-589.
- [30] 刘红旭, 毛静远, 安冬青, 等. 血脂异常易发人群治未病干预方案[J]. 北京中医药,2023, 42(9):934-938.
- [31] 师师, 胡元会, 宋庆桥, 等. 丹田降脂丸治疗高脂血症的系统评价和meta分析[J]. 北京中医药,2019, 38(4): 388-392.
- [32] 林建国, 姚魁武, 徐舒欣, 等. 荷丹片治疗血脂异常有效性及安全性的系统评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(9):1543-1552.
- [33] 杨萍, 舒详兵, 刘华, 等. 血脂康胶囊联合他汀类药物治疗高脂血症的系统评价[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(3):319-323,328.
- [34] 刘美玲, 张青颖, 郭义. 针刺疗法干预高脂血症有效性和安全性的Meta分析[J]. 中国全科医学,2021,24(33): 4268-4275.
- [35] LI Y, ZHANG Z, CUI F, et al. Traditional Chinese medicine bionic tiger bone powder for the treatment of AI-associated musculoskeletal symptoms[J]. Evid Based Complement Alternat Med,2017:2478565.
- [36] 孔令昭. 金天格胶囊治疗阿那曲唑致绝经后乳腺癌患者骨量减少的临床研究[J]. 中国骨质疏松杂志,2015 (3):314-317.
- [37] 夏英鹏, 王辉. 金天格胶囊治疗绝经后乳腺癌患者术后骨质疏松的临床观察[J]. 中国骨质疏松杂志,2015(7): 812-816.

### 专家组名单

指南顾问: 朴炳奎(中国中医科学院广安门医院)

徐兵河(中国医学科学院肿瘤医院)

指南负责人: 卢雯平、王笑民、马飞

执笔人: 卢雯平(中国中医科学院广安门医院)、马飞(中国医学科学院肿瘤医院)、陈前军(广东省中医院)、杨国旺(首都医科大学附属北京中医医院)、程琳(北京大学人民医院)、邸立军(北京大学肿瘤医院)、李全(北京中医药大学第三附属医院)、铁剑(北京大学肿瘤医院)、王树森(中山大学肿瘤防治中心)、孙长岗(潍坊市中医院)、孟旭莉(浙江省人民医院)、徐玲(北京大学第一医院)、蔡宇(暨南大学药学院)、宋爱莉(山东中医药大学附属医院)

编写秘书小组: 卓至丽(中国中医科学院广安门医院)、常磊(中国中医科学院广安门医院)、崔永佳(中国中医科学院广安门医院)、姜奕慈(北京核工业医院)、马丹(武汉大学人民医院)、梅荷婷(中国中医科学院广安门医院)、万亮琴(北京市鼓楼中医医院)、王雅楠(中国中医科学院广安门医院)、吴晓晴(中国中医科学院广安门医院)、闫会苓(山东省济宁市第一人民医院)、张冬妮(中国中医科学院广安门医院)、张炜玄(中国中医科学院广安门医院)、张梦凡(中国中医科学院广安门医院)

## Guideline for diagnosis and treatment of breast cancer with integrated traditional Chinese and western medicine

LU Wen-ping, WANG Xiao-min, MA Fei

(收稿日期: 2023-12-18)